

ANAIS  
PAULISTAS  
DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIV

N.º 6

Dezembro de 1957

*Neste número:*

	Pág.
Trabalhos originais:	
A perfuração aguda da cloaca do estômago e do duodeno	317
— Dr. João Raimundo Villaça	317
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Anestesiologia	309
Medicina	343
Medicina no trabalho	345
Neuro-psiquiatria	352
Ortopedia e traumatologia	354
Otorrinolaringologia	356
Patologia	358
Pediatría	360
Proctologia	362
Radiologia e eletrocardiologia médica	363
Tisiologia e moléstias pulmonares	364
Urologia	366
Sociedade Médica São Lucas	367
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	370
Vida Médica de São Paulo:	
Estágio no Hospital das Clínicas	372
Assuntos de Atualidade:	
Decalog Médico	374
Literatura Médica	
Livros recebidos	374
Separatas e folhetos recebidos	375
Índice geral do volume LXXIV	380

*Editedos pelo*



*Sanatório São Lucas*

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL

*No tratamento da*

**Coqueluche, tráqueo bronquite  
e tosse em geral**

 **Pantofédrina**

*Novo específico à base de folhas e cascas de*

**ERITHRINA CHRISTA-GALI**

**(COM GLUCOSE)**

 **Pantofédrina**

*no tratamento da coqueluche*

*preparado no*

**LABORATORIO PHARMA**

*introdutor da*

**Erithrina Crista-Gali**

**○**

*amostras e literatura*

**LABORATÓRIO PHARMA**

**Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil**

TRIUNFANDO através dos tempos e de geração em geração, como a linhagem dos animais puro-sangue, CODEINA e CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram tradicionalmente a terapêutica das TOSSES



Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina .....	0,003 g.
Codeina .....	0,004 g.
Tintura de Lobelia .....	0,1 g.
Tintura de Grindelia .....	0,1 g.
Tintura de Crataegus .....	0,1 g.
Água de Louro Cereja .....	0,2 g.

Modo de usar:

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receituário Livre

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez .....	4.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez .....	3.500,00
1 página (12×19 cm) por vez .....	3.000,00
½ página (9×12 cm) por vez .....	1.600,00
¼ página (9×5,5 cm) por vez .....	900,00
Encarte por vez .....	2.500,00

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS  
INTESTINAL PELO DERIVADO  
FTÁLICO DA SULFA

## ANASEPTIL = FTALIL

*(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B<sub>1</sub>)*

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÉUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Joaquim Távora, 550

São Paulo

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.<sup>o</sup> Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

ANAIS PAULISTAS  
DE  
MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr \$ 200,00 — Estrang. US \$ 5,00 — Número avulso Cr \$ 20,00

VOL. LXXIV

DEZEMBRO DE 1957

N.º 6

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Sessão em 30 de outubro de 1956

Presidente: Dr. Luis Branco Júnior

**Hipotensão induzida na cirurgia da coarcação da aorta.** Dr. Renato R. Del Nero. — O autor discute o valor da circulação colateral na cirurgia da coarcação aórtica e a necessidade de manter uma suplência sanguínea eficiente às regiões do corpo situadas abaixo da oclusão cirúrgica. Refere-se à importância da conservação da via colateral, que, com pressão arterial suficiente, manteria a irrigação a jusante da obstrução. Refere-se a casos da literatura mundial que apresentaram isquemia medular ou síndrome de néfron inferior motivadas pela insuficiente suplência sanguínea aos tecidos e órgãos localizados distalmente à oclusão aórtica.

Considera três problemas principais na cirurgia da coarcação aórtica: 1) a hipotensão causada pela oclusão cirúrgica da aorta com ou sem oclusão da subclávia esquerda; 2) a grande hipotensão após a remoção dos clamps; 3) alterações tissulares de origem isquémica, principalmente no período em que a aorta estiver ocluída cirúrgicamente.

Apresenta 2 casos (a maior estatística brasileira se refere a 10 casos)

que foram operados com sucesso segundo a técnica sugerida: o uso de hipotensores e proclive previne a hipotensão durante a clampagem aórtica. Com a oclusão cirúrgica da aorta, a pressão arterial tende a se elevar, permitindo um fluxo sanguíneo eficiente através da circulação colateral remanescente. A remoção lenta dos clamps e a posição de Trendelenburg impedirão a hipotensão e o choque em tais pacientes, cujos reflexos vasomotores se encontram bloqueados por drogas ganglioplégicas. As vantagens do uso de drogas hipotensoras e a prevenção de acidentes de isquemia orgânica são obtidas sem necessidade de uso de shunts temporários ou hipotermia, apenas conservando a pressão arterial em "nível ótimo" durante a operação. Não ocorreram graves alterações hemodinâmicas durante a cirurgia nem lesões isquêmicas tissulares, apesar das oclusões durarem 40 e 80 minutos, respectivamente.

**Ventilação pulmonar em cirurgia torácica pediátrica.** Renato R. Del Nero e Flávio E. Sylos. Os autores

discutem alguns problemas da fisiologia respiratória na criança e os principais fatores que influem na ventilação pulmonar e durante a anestesia geral pediátrica, entrando em detalhes sobre alguns pontos em controvérsia. Sugerem a técnica intratracheal assistida ou controlada pelo sistema sem reinalação, para crianças,

durante cirurgia torácica transpleural. Justificam sua preferência por esta técnica, apresentando 2 casos de tetralogia de Fallot operada com sucesso e outro caso de atresia congénita esofágica, que constitui o segundo caso do Brasil e o terceiro da América do Sul, com sobrevida (15 dias).

### Sessão em 28 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Orlando S. Montenegro

**Fisiologia e farmacologia do sistema nervoso autônomo e suas aplicações em anestesia.** Dr. Gil Soares Bairão. — A organização funcional de um organismo superior exige sistemas de coordenação: sistema humorar e sistema nervoso. Este é habitualmente dividido, de um ponto de vista mais descriptivo, em sistema nervoso somático, ou da vida de relação, e sistema nervoso autônomo, vegetativo, do meio interno. O sistema nervoso autônomo (SNA) tem recebido diferentes denominações; a preferência por SNA reside na capacidade de funcionar de modo relativamente independente do sistema de relação. O SNA regula a função de todos os órgãos. Para o anestesista, seu conhecimento é absolutamente indispensável, de tal forma toma esse especialista contacto com inúmeras alterações e regulações do SNA. O SNA divide-se em neuro-eixo vegetativo e sistema periférico. No neuro-eixo vegetativo importa lembrar desde logo a influência do córtex sobre funções vegetativas: o medo traz taquicardia, sudorese, etc.; a sensação de fome, com representação cortical, e na presença de alimentos, determina salivação. No neuro-eixo vegetativo dá-se importância atualmente ao chamado complexo límbico, que compreende o lobo límbico e porções subcorticais vizinhas: núcleos da base, hipotálamo, substância reticular, etc. O hipotálamo é considerado coordenador do SNA; e as formações corticais admite-se que atuem num sentido de integração somatovisceral.

Existem na medula porções bem reconhecidas como sendo parte do neuro-eixo vegetativo, porções essas que

dão origem ao primeiro neurônio do sistema periférico simpático e parassimpático; o primeiro neurônio do parassimpático pode estar localizado em diferentes porções do encéfalo; por essa razão falamos em sistema crânio-sacral, parassimpático, e tóxico-lombar ou simpático. Característica importante do SNA, é o fato de que o primeiro neurônio localizado no sistema nervoso central articula-se em uma formação (gânglio) situada fora do mesmo. Esse gânglio, no simpático, está situado longe do órgão inervado; no parassimpático, junto ou mesmo no interior do órgão inervado. O autor dá a seguir a distribuição mais importante do simpático e do parassimpático, em sua via eferente, que é mais conhecida.

Por outro lado, não resta mais dúvida a respeito da existência de vias aferentes, ou seja, de reflexos vegetativos. O autor lembra os principais reflexos estudados, bem como as vias aferentes do SNA. Lembra ainda a existência dos reflexos axónicos. Outro ponto abordado é o que se refere aos mediadores químicos, que são substâncias por intermédio das quais o influxo nervoso alcança o órgão efector: acetilcolina para todas as sinapses do parassimpático e para as pré-ganglionares do simpático; e a epinefrina ou a norepinefrina para as terminações pós-ganglionares do simpático. Quanto à farmacologia do SNA, o autor apresenta um quadro sinóptico das substâncias "autônomas", com os respectivos pontos de ação.

Durante a exposição são tecidas considerações cabíveis a propósito da relação SNA-anestesia.

No

*trabalho mental excessivo, desequilíbrios nervosos, astenia física e psíquica, convalescências, retardamento intelectual.*

# FITOVITE

Ácido glutâmico  
Inosita-Hexafosfato de cálcio e magnesio  
Vitamina D<sub>3</sub>  
Cloridrato de tiamina (VITAMINA B<sub>1</sub>)  
Cloridrato de piridoxina (VITAMINA B<sub>6</sub>)  
Pantotônato de cálcio

**Apresentação:** - Comprimidos | Adulto  
Granulado | Infantil



## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 20 de novembro de 1956

Presidente: *Dr. Octavio Ribeiro Ratto*

**Provas para a avaliação da atividade na artrite reumatóide. IV: Provas de floculação protéica.** Drs. Sergio Diogo Giannini, José Meira Cardoso e Wilson Cossermelli. — Os autores chegaram à conclusão de que as provas de floculação protéica são inferiores às provas clássicas propostas para a avaliação da atividade na artrite reumatóide.

**Avaliação da função supra-renal nas úlceras gastroduodenais** Drs. Jayme Rosenbojm, Lewis J. Krakauer e Seymour J. Gray. — Estudos realizados em homem e animal de experimentação por vários investigadores sugeriram uma relação entre estômago e supra-renal. Estudos anteriores demonstraram que a administração de ACTH ou cortisona produz aumento significante da secreção gástrica de ácido e pepsina, com aumento concomitante da excreção urinária de uropepsina. O desenvolvimento de dor epigástrica, de úlcera péptica aguda ou crônica ou a reativação de úlceras quiescentes após a administração destes hormônios são acompanhadas por aumento acentuado da excreção de uropepsina, bem como dos níveis urinários dos hormônios adrenais. Com o desenvolvimento de métodos para a determinação dos níveis plasmáticos de 17-hidroxicorticosteróides, livre e conjugados, tornou-se possível a avaliação da função do córtex supra-renal e sua resposta ao ACTH de maneira mais direta e precisa.

No presente trabalho, os autores procuraram avaliar a função do córtex supra-renal em úlcera péptica, quer duodenal, quer gástrica, em condições basais e após estímulo por ACTH, em comparação com um grupo controle. Foram realizadas determinações dos 17-OH-corticosteróides no plasma, livre e conjugados, bem como determinações urinárias de 17-OH, 17-corticosteróides e uropepsina em 9 normais, 8 casos de úlceras gástricas ativas e 8 úlceras duodenais ativas. Os resul-

tados revelaram que os portadores de úlcera duodenal apresentam níveis plasmáticos maiores de 17-OH-corticosteróides, livre e conjugados. Observou-se ainda que a resposta ao ACTH dos níveis plasmáticos nos casos de úlceras duodenais é显著mente maior que a elevação observada nos controles ou nos portadores de úlcera gástrica. O achado de nível urinário de 17-OH-corticosteróides significantemente maior na úlcera duodenal em relação ao grupo normal, corrobora os resultados sanguíneos. O significado das observações dos autores foi discutido no tocante às relações entre estômago e córtex supra-renal.

**Obstrução da veia cava superior. Apresentação de um caso operado** (com projeção de filme cinematográfico) Drs. Moacyr Boscadin e Paulo Roberto Cardoso Rebocho. — Os autores discutiram o diagnóstico feito através dos dados clínicos, radiológicos e angiograficos e as possibilidades etiológicas aventadas. Cirúrgicamente, foi verificado um anel fibroso envolvendo a veia cava superior; esse anel foi dissecado, e a veia, libertada. O exame da peça revelou processo inflamatório crônico inespecífico.

**Adenoma das ilhotas de Langerhans com hiperinsulinismo. Relato de um caso com estudo clínico- endócrino pré e pós-operatório.** Drs. Walter Bloise, Licio Marques de Assis, Palmiro Rocha e Alvaro Coutinho. — Os autores apresentaram um caso de hiperinsulinismo consequente a adenoma das ilhotas de Langerhans. Tiveram considerações sobre os exames pré e pós-operatórios, assinalando em particular a resposta anormal ao teste da adrenalina e os resultados da exploração funcional das outras glândulas endócrinas. Neste particular, foi discutida a captação do  $I^3$ , au-

mentada no pré-operatório e normalizada após a intervenção cirúrgica.

**Carcinoma bronquiolar do pulmão.**  
Dr. Luciano Prata. — O autor apresentou sua casuística pessoal acerca

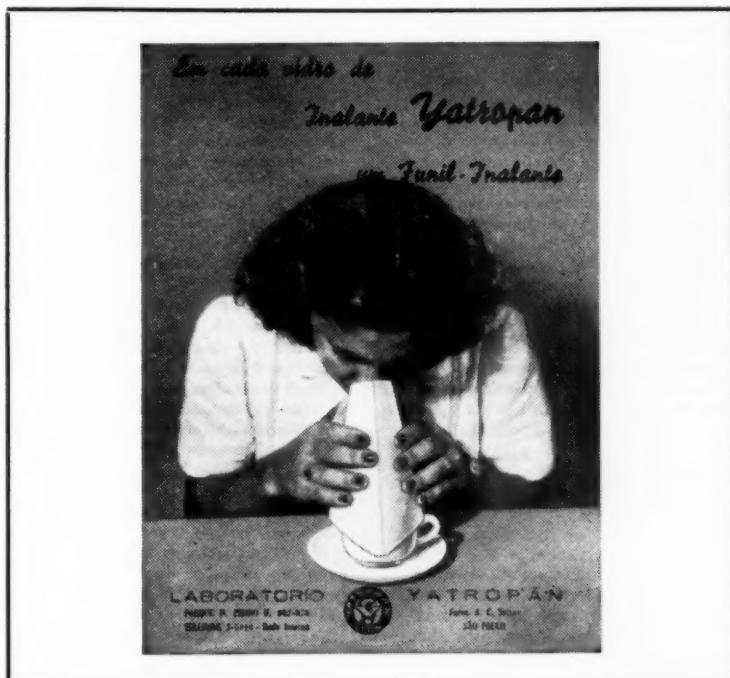
desta entidade relativamente rara. Chamou a atenção para o diagnóstico, que pode ser feito em material recolhido dos bronquios, da cavidade pleural ou ainda por toracotomia exploradora.

### Sessão em 21 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Gildo Del Negro

**Angiosplenoportografia. Contribuição para o estudo da circulação arterial e venosa do fígado e baço (Nota prévia).** Drs. Moacyr Pádua Vilela, Afiz Sadi, Marcos Cabeça e Cid V. Ferrari. — Os autores apresentaram várias chapas radiográficas demonstrando a circulação arterial e venosa do fígado e baço, conseguidas pela injeção simultânea de contraste na aorta abdominal e braço.

Alguns resultados da análise, pelo método de Ouchterlony, de órgãos e soros antiórgãos de rato. Dr. Hélio Lourenço de Oliveira. — As lesões pulmonares produzidas no rato pelo sórulo de coelho anti-rim de rato, com características evolutivas que as aproximam da doença renal simultaneamente produzida, sugerem que os tecidos do rim e do pulmão componham complexos抗ígenicos semelhantes,



com identidade de pelo menos alguns componentes essenciais. No sentido dessa mesma sugestão encontra-se a recíproca produção da nefropatia experimental pelo sôro antipulmão, já verificada no Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e que, recentemente, Baxter e Goodman (1956) estudaram sob certos aspectos. Foi estudada comparativamente a composição antigênica do rim e do pulmão de rato pelo método de Ouchterlony, em que os vários sistemas de antígeno e anticorpo se distinguem pelas faixas estacionárias resultantes das respectivas reações de precipitação no meio gelificado.

As reações simultâneas dos componentes dos extratos de rim e de pulmão difundindo contra sôro anti-rim (empregados soros imunes de coelho e de marreco) não mostraram nenhuma faixa nítida de não-identidade, isto é, que indicasse a presença no extrato de rim de algum antígeno ausente no de pulmão. Ao contrário as várias linhas nitidamente apreciáveis sempre apresentaram a característica "reação de identidade", que define a correspondência entre antígenos provenientes dos dois extratos de órgãos. A saturação prévia do meio gelificado com extrato de um dos órgãos inibirá o aparecimento das faixas de reação desse extrato com o correspondente anti-sôro (Björklund, 1952). Verificamos que tal inibição, relativa ao sistema rim  $\times$  sôro anti-rim, ocorre pela saturação do meio, tanto com extrato de rim, como com extrato de pulmão.

Em suma, as reações demonstráveis só indicam identidade entre componentes antigênicos do pulmão e do rim. Tais resultados tornam mais provável que as ações patogênicas cruzadas dos soros anti-rim e antipulmão se devam explicar em base imunológica e não em termos de uma eventual toxicidade inespecífica dos soros anti-órgãos em geral.

**Lesões pulmonares que acompanham a glomerulonefrite experimental produzida em ratos por sôro anti-rim.** Drs. José Augusto Laus Filho, ilton A. Andrade e Hélio Lourenço de Oliveira. — Em ratos, a injeção de

sôro de coelho anti-rim de rato provocou, quase constantemente, o aparecimento de sintomas e sinais ligados ao aparelho respiratório. Rotulamos esses sintomas e sinais como manifestações da *fase aguda*. Estas iniciaram-se minutos após a injeção do sôro e puderam ser classificadas em: a) de grau leve — dispneia; b) de grau médio — dispneia mais grave e prolongada com cianose; c) de grau forte — dispneia, cianose e estertores auditíveis mesmo a certa distância; d) de grau máximo — dispneia, cianose, estertores, eliminação de secreção espumosa sanguinolenta pelas narinas, e morte. Estes graus, de modo geral, estavam em relação com a dose de cada partida de sôro. Acima de certa dose desencadeou-se o grau máximo de manifestação da fase aguda em todos os animais. Com doses subletais, houve nítida variação da suscetibilidade individual no que se refere ao grau dessas manifestações.

Os pulmões se mostraram aumentados de volume, não se retrairam com a abertura do tórax, e a superfície pulmonar, recoberta de hemorragias de forma e extensão variáveis, muitas vezes tomado todo um lobo ou todo um pulmão. Ao corte, notou-se a saída de abundante material espumoso sanguinolento. Em alguns animais que sobreviveram dias ou semanas e até meses, pôde observar-se, ao lado de hemorragias pulmonares antigas (já com transformação de hemoglobina), algumas recentes, de forma e extensão também muito variáveis. Todos estes fatos se repetiram com o emprêgo do sôro antipulmão.

Nenhuma manifestação da fase aguda surgiu após a injeção de sôro normal de coelho. A injeção de sôro de coelho anti-intestino delgado e antibaco de rato, obtido pelos mesmos meios de imunização, desencadeou fenômenos intestinais (edema e hemorragia do intestino delgado e estômago) com manifestações pulmonares (dispneia e cianose, às vezes) sem apresentar, contudo, aquelas lesões macroscópicas do pulmão, que foram efeitos característicos de sôro anti-rim e anti-pulmão.

O tratamento prévio dos ratos com anti-histamínico e cortisona não protegeu contra as manifestações e lesões

da fase aguda, desencadeadas pelo sôro anti-rim.

As lesões de inicio (minutos) apresentaram-se eminentemente exsudativas e de caráter difuso. O exsudato atingiu primariamente o espaço adventício dos vasos e brônquios de médio e grande calibre e sucundariamente as cavidades alveolares. Mais raramente o exsudato foi hemorrágico nas fases muito iniciais. Devido à presença de alterações das fibras musculares lisas dos grandes e médios vasos (picnose nuclear e vacuolização do citoplasma) é provável que a manifestação exsudativa tenha sido precedida de lesões das paredes vasculares com modificação da permeabilidade. Estes fenômenos exsudativos perivasculares e peribrônquios regrediram rapidamente, de tal forma que, 30 minutos após a injeção, a quantidade de exsudato foi sensivelmente menor, comparada com animais sacrificados aos 5 minutos. Duas horas depois, os fenômenos exsudativos foram discretos e 15 horas depois, geralmente desapareceram. A medida que o exsudato diminuiu, surgiu em torno dos vasos de grande e médio calibre, infiltrado inflamatório, no qual predominaram células histiocitárias. Nessas áreas se observou plasmocitogênese. Este infiltrado aumentou progressivamente, nunca sendo, no entanto, muito intenso. Nos vasos de médio calibre houve marginação de leucócitos. Com 18 horas, surgiram sinais de reagudização. No quadro descrito superpõe-se exsudato na adventícia dos vasos e brônquios e nas cavidades alveolares. A lesão de caráter difuso atingiu quase todo o lobo pulmonar. Neste segundo surto agudo foi maior a tendência do exsudato a apresentar-se hemorrágico. Este segundo surto teve tendência também à regressão rápida. Persistiram, porém, as lesões de caráter infiltrativo. Após o 10.º dia, o infiltrado inflamatório, especialmente peribrônquico, assumiu aspecto nodular, com tendência a dissociar camadas brônquicas e, por vezes, destruindo-as. Surgiu também discreto infiltrado inflamatório em torno dos vasos de pequeno calibre. Do 30.º dia em diante a infiltração inflamatória peribrônquica aumentou ainda mais, com tendência a envolver totalmente

o brônquio. Por vezes, as lesões das paredes brônquicas foram intensas, chegando até a destruição completa do brônquio; nestes casos a lesão assumiu aspecto granulomatoso e com tendência à fibrose. A observação sugere que pequenos surtos agudos hemorrágicos se repetem com certa freqüência. Este fato foi indicado pela presença de numerosas células septais contendo hemossiderina, durante toda a evolução do processo. O número e a intensidade dos surtos agudos hemorrágicos diminuiram progressivamente com o progredir da evolução. Porém, surgiu infiltração inflamatória, com predomínio de células com aspecto linfocitário, em torno dos vasos de pequeno calibre, do que decorreu a presença de pequenas lesões focais, situadas nos septos intra-alveolares e disseminadas a todo o pulmão. Tudo sugere que as lesões brônquicas dificultaram a ventilação pulmonar, com consequentes áreas de enfisema.

A respeito dos fatos expostos, comentou-se a inexistência, na literatura, de estudos sobre essas lesões experimentais.

**Anomalias somáticas descritas no pseudo-hipoparatiroidismo associadas à síndrome de hiperparatiroidismo. Provável pseudo-hiperparatiroidismo.** Drs. Hélio Lourenço de Oliveira e José M. Tabosa Veríssimo. — O caso clínico que motiva a presente discussão tem características que se descreveram (Albright, 1942) no pseudo-hipo paratiroidismo: estatura baixa e alterações metatarsianas, com incurvamento acentuado de metacarpianos e metatarsianos. São, excetuando-se as calcificações ectópicas, o conjunto de manifestações descritas como "pseudo-pseudo-hipoparatiroidismo" (Albright, 1952), síndrome distinta da acima mencionada por não incluir os fenômenos de tetania nem os desvios bioquímicos (hiperfosfatemia e hipocalcemia) que os acompanham.

A paciente, de 14 anos, eunomoréica desde a menarca aos 13, apresentava estado geral de nutrição muito bom. Sua história clínica consistia em fraturas ósseas repetidas há 5 anos; traumatismos leves as produziram, encontrando-se quase constantemente imobilizada há um ano e meio, com

fraturas não consolidadas do membro inferior. Teve um irmão falecido com pouco mais de 10 anos, após fraturas repetidas e consequente longa imobilização no leito. Exame radiológico: rarefação muito acentuada de todo o esqueleto. Bioquímica do sangue: normocalcemia (repetidas determinações entre 9 e 10.5 mg/100 ml), hipofosfatemia (entre 1.5 e 2.5 mg/100 ml) e hiperfosfatosemia (40 a 60 U.B.). Normais: uréia, creatinina, ácido úrico, albuminas, glicose,  $\text{CO}_2$ . A doença óssea presente (rarefaciente, generalizada, hipofosfatêmica e hiperfosfatêmica) deve corresponder a uma das formas de osteomalácia ou hiperparatireoidismo primário (que pode ocorrer com calcemia normal). O balanço de cálcio mostrou-se nitidamente negativo, devido a hipercalciúria, sendo baixo o teor de cálcio das fezes. Assim, afasta-se qualquer hipótese de carência mineral por deficiente absorção intestinal. A excessiva eliminação renal circunscreve as interpretações patogênicas às hipóteses de: a) hiperparatireoidismo primário; b) hipofosfatúria primária; c) hipercalciúria primária. Nas duas últimas eventualidades, conducentes a osteomalácia, postular-se-ia defeito renal intrínseco. Não há glicosúria nem hiperaminacidúria; assim, torna-se menos provável a hipofosfatúria primária, mas não se afasta a sua possível ocorrência como defeito funcional isolado. Não há acidose e comprovou-se ser normal a amoniogênese renal; restringe-se, assim, a probabilidade da hipercalciúria primária, que, entretanto, pode ser anomalia isolada da função renal ("hipercalciúria idiopática"). A prova intravenosa de tolerância ao cálcio provocou elevação da fosfatosemia e, ao mesmo tempo, intensa redução da fosfatúria. Este fato não é compatível com a hipofosfatúria por defeito renal. Permanecem as hipóteses do hiperparatireoidismo primário (paratireóides: adenoma ou hipertrofia) e da hipercalciúria primária (paratireóides: hiperplasia secundária, consequente à exposição de cálcio e responsável pela hipofosfatosemia). Em qualquer delas, alguma forma de hiperatividade da paratireóide como explicação necessária do distúrbio da homeostase res-

ponsável pela hipofosfatosemia e pela insuficiente remineralização óssea. Em ambas, a expectativa de alteração histológica das paratireóides, dando a nítida expressão morfológica da sua hiperatividade. A exploração das paratireóides, duas glândulas foram encontradas, com o peso global de 160 mg. Seu aspecto histológico era perfeitamente normal, seguramente sem hiperplasia. Duas conclusões desse fato: a) não sofre o organismo de carência primária de cálcio, excluindo-se então hipercalciúria primária, em vista da ausência de hiperplasia; b) não deve haver adenoma em situação inacessível à exploração realizada, desde que, em tal eventualidade, as glândulas encontradas deveriam ser hipoplásicas; fica excluída também a hipótese de hiperparatireoidismo primário. Entretanto, o distúrbio da homeostase, com as consequências em relação ao metabolismo do tecido ósseo, corresponde a um estado de hiperparatireoidismo, como resultou da discussão anterior. Tudo se passa, aparentemente, como se o organismo respondesse exageradamente à secreção normal das paratireóides. Ao contrário do "estado de hipoparatireoidismo", sem insuficiência glandular, que Albright descreveu associado às mesmas anomalias somáticas, aqui haveria um "estado de hiperparatireoidismo", sem hiperatividade glandular. Um estado e outro representariam os polos opostos das alterações da responsabilidade do organismo ao hormônio da paratireóide, ambos sendo expressões de anomalias funcionais de origem genética associadas a um quadro mais monônomo, quase uniforme, de anomalias morfológicas.

A patogenia do presente caso, em conclusão, poderia ser descrita pela designação de *pseudo-hiperparatireoidismo*. A discriminação entre duas modalidades de hiperparatireoidismo, predominantemente hipercalcêmica ou hipofosfatúrica, que se vem evidenciando na casuística humana, apoia a doutrina da dualidade de hormônios da paratireóide; um de ação sobre o tecido ósseo, outro ativo na função renal. No caso em discussão, além da comprovada normocalcemia, a biopsia de osso demonstrou hiperplasia

- Antiinflamatória
- Antipruriginosa
- Antimicrobiana

# Proctosedil

(Pomada)

Acetato de hidrocortisona...	1 g
Sulfato de framicetina.....	1 g
p-aminobenzoato de etila....	1 g
p-aminobenzoato de butila..	1 g
Esculoside.....	1 g
Excipiente q. s. p.....	100 g

Tratamento das hemorroidas  
e suas complicações:

ano-retites, prurido e fissuras  
anais, eczematização perineal.

BISNAGA COM 5 g



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

PRO P-1

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

osteoblástica, porém, número escasso de osteoclastos. Assim, não há anormalidades ósseas explicáveis por ação

hormonal direta. O pseudo-hiperparatiroidismo seria da modalidade hiperfosfatúrica pura.

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 26 de dezembro de 1956

Presidente: Dr. José B. Moraes Leme

**Epilepsias e capacidade profissional.** Dr. José Lamartine de Assis. — O autor inicia sua apresentação tratando do conceito atual da epilepsia e toma como base a orientação de Penfield e seus colaboradores. Trata do problema das descargas epileptogênicas e do mecanismo fisiológico comum que entra em ação durante cada acesso, isto é, da descarga prolongada ou pós-descarga. A seguir, tecê algumas considerações sobre as pesquisas através das estimulações das estruturas nervosas, e o modo de difusão de qualquer tipo de epilepsia. Nesta primeira parte o autor ainda cuida da incidência e classificação das epilepsias, fazendo a crítica das diversas classificações propostas, todavia elas faltas por não se conhecer perfeitamente a patogenia dos acessos.

Numa segunda parte, o autor trata do problema social e da capacidade profissional dos epilépticos, baseado na experiência adquirida junto ao órgão analisador do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários em São Paulo. Em relação ao problema social o autor faz referência às leis trabalhistas de vários países, chama a atenção para o enérgico movimento existente atualmente nos Estados Unidos da América do Norte no sentido de rever as leis existentes naquela grande nação, e trata da questão do casamento e do problema de readaptação profissional dos epilépticos. Finalmente, o autor estuda a capacidade de trabalho em face das várias formas clínicas de epilepsia, considerando este assunto complexo, de solução muitas vezes difícil, e que interessa profundamente a Previdência Social em nosso País. O autor salienta a atenção que tem sido dada ao problema pelos médicos do Órgão Analisador do Instituto de Aposentadoria

e Pensões dos Industriários em São Paulo que, desde há muito, adotam uma orientação uniforme e firmada em bases sólidas, para a avaliação da capacidade profissional de cada epiléptico.

**O eletrodiagnóstico nas neuropatias periféricas.** Dr. Wilson Brotto. — O eletrodiagnóstico consiste na pesquisa da reação dos nervos e músculos ao excitante elétrico faradíco ou galvânico. Normalmente, pela excitação faradíca, obtém-se uma série de contrações musculares rítmicas, vivas, de frequência igual à da corrente; e, pela excitação galvânica, a resposta é uma contração viva, enérgica, rápida, com intensidade de excitação de 1 a 3 mA e primeiramente pelo fechamento do polo negativo. As reações elétricas anormais elementares podem ser quantitativas (hiper, hipo e inexcitabilidade) e qualitativas, como contração lenta (CL), inversão ou igualdade polar (IP ou  $= P$ ) e reação longitudinal (RL). O conjunto dessas alterações constitui a síndrome elétrica de degenerescência ou reação de degenerescência (RD), que pode ser classificada quanto ao grau em RD parcial, ou total e absoluta ou quanto à distribuição em RD celular, radicular, plexual, troncular, ramuscular e fascicular. Na medicina do trabalho o exame elétrico é, portanto, útil para saber se houve realmente lesão do neurônio motor periférico nos diversos traumatismos que ocorrem nos acidentes do trabalho, tais como quedas, pancadas, distensões bruscas, ferimentos lacerantes, etc., em que pode haver compreensão, estiramento ou distensão das fibras nervosas; e, nestes casos, além de confirmar o diagnóstico clínico, permite também determinar a localização e o prognóstico da lesão.

O accidentado que apresentar *RD*, mesmo parcial, deve ser imediatamente afastado do trabalho, pois o esforço pode, pela distensão das fibras musculares, acarretar paralises irreversíveis; no caso de *RD* absoluta o doente só deverá ser considerado definitivamente incapaz se, após diversos exames periódicos persistir a *RD* absoluta. Nos casos de neuropatias periféricas e neuromioses, os exames eléctricos sucessivos fornecerão elementos para se avaliar o grau de regeneração ou degeneração das fibras nervosas, orientando por conseguinte o prognóstico; é interessante assinalar que a recuperação da motricidade e força muscular pode ser completa, embora persistam ainda as reações eléctricas anormais, o que não impede o retorno do paciente ao trabalho. O electro-diagnóstico é ainda útil na prevenção de neurites tóxicas profissionais, pois,

antes das manifestações clínicas se estabelecerem, a elevação do limiar galvânico dos nervos permite prever e prevenir essas neurites, pelo afastamento do operário do seu ambiente de trabalho; todavia, nestes casos, a cronaximetria fornece elementos mais exatos. O exame eléctrico é ainda valioso para o médico de fábrica porque permite diferenciar as paralises orgânicas das pituitárias que ocorrem principalmente entre operárias e cuja distinção é às vezes difícil. Também ele permite firmar o diagnóstico de várias afecções, como a miastenia grave, caracterizada pelo cansaço precoce, a miotonia de Thomsen, caracterizada pela persistência da contração muscular, e a paralisia periódica familiar, em que ocorrem paralises bruscas e transitórias dos membros, afecções estas que podem muito bem ser confundidas com a histeria.

### Sessão em 26 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Bernardo Bedrikow

**Cefaléias. O ponto de vista do otorrinolaringologista.** Dr. Raphael da Nova. — O autor, inicialmente, fez uma descrição das estruturas sensíveis da cabeça, passando depois a analisar o mecanismo de produção das cefaléias, o qual foi assim classificado: por inflamações ou compressões (sobretudo nos nervos) e por distensões ou trações (sobretudo nos vasos). Os nervos que mais interessam ao otorrinolaringologista são: o trigémino, o facial, o glossofaringe, o pneumogástrico, e filetes do plexo cervical. As inflamações das terminações nervosas produzem, em otorrinolaringologia, as cefaléias nasais e paranasais; estas são raras, o que choca com a opinião popular de que a sinusite crônica é causa de elevada percentagem de cefaléia. Na sinusite, porém, pode haver dores de vários tipos: dor recidivante, de hora certa, sendo devida principalmente à retenção de secreção; dor intensa, devida à obstrução nasal; em relação ao seio maxilar, há dor na arcada zigomática, podendo localizar-se na região da raiz do nariz; no seio frontal, a dor é violenta, constante. A dor por inflamação das células etmoidais

localiza-se na raiz do nariz, e a do esfenóide, na parte alta da cabeça. As alterações dos dentes podem contribuir para a produção de cefaléias.

**Cefaléias. O ponto de vista do oftalmologista.** Dr. António de Almeida. — O autor fez uma exposição inicial sobre as estruturas sensíveis e insensíveis da cabeça. Considerou dois tipos de cefaléias: intracranianas e extracranianas. Ressaltou, a seguir, a importância da enxaqueca oftalmológica, cuja etiologia ainda é discutida (fator alérgico, descarga nervosa, etc.). Disse que o mais comum na clínica oftalmológica é o doente confessar que já tirou várias radiografias com o otorrinolaringologista e não foi positivada a presença de sinusite. O autor admite que a maioria de tais casos diz respeito a dores (no supercílio, no ombro e na nuca) ocasionadas por atitudes viciosas no trabalho e no repouso.

**Cefaléias. O ponto de vista do médico de fábrica.** J. B. Moraes Leme. — Os pacientes que se apresentam ao médico de fábrica com a queixa de cefaléia precisam, antes de tudo, ser

divididos em duas grandes classes: a dos que realmente estão sentindo aquêle sintoma e a dos que apenas o alegam com o intuito de obter algum benefício. Das mais difíceis é, num certo número de casos, a descoberta da indubitável natureza simulada da queixa; muitas vezes, só a negatividade de todos os exames que permitam filiá-la a qualquer dos múltiplos grupos adiante enumerados é que permite, por exclusão, que se conclua pela incontestabilidade da simulação.

Das céfaléias reais, umas reconhecem causa orgânica, enquanto outras tem de se filiar a fatores exclusivamente psíquicos. Entre as muitas causas de céfaléia psicogênica, deve ser lembrada a sinistrose, a neurose indenizatória, que já incluímos também entre os fatores que conduzem à simulação. As céfaléias de origem orgânica podem reconhecer como etiologia um sem-número de entidades nosológicas: 1) Em primeiro lugar, temos a infinitade de doenças que se incluem no domínio da clínica geral: infecções, intoxicações, etc. Basta lembrar que a febre característica dos processos infeciosos dificilmente deixa de se acompanhar de céfalalgie; independente disso, há muitas afecções (referimos entre estas a mononucleose) que têm na céfaléia rebelde um de seus típicos. 2) Vêm depois as doenças estudadas pelas várias especialidades; apenas duas destas, a otorrinolaringologia e a oftalmologia, estiveram representadas em nosso simpósio de hoje; dentre as que faltaram, não podemos deixar sem referência a neurologia, cujas afecções — tanto as que requerem tratamento médico quanto aquelas que entram nos domínios da neurocirurgia — com tanta frequência se acompanham de céfalalgie. Por isso, pedimos que o assunto seja mantido em pauta e que outros especialistas sejam convidados a sobre elle se pronunciarem; só depois disso poderá o médico de fábrica fazer um comentário de conjunto. Enquanto tal não acontece, vamos limitar-nos aos pontos que dizem com as duas especialidades que hoje estiveram aqui representadas.

Para os pacientes que constituem a parte maior da nossa clientela na in-

dústria a que prestamos serviços, e que é de produtos químicos, a céfaléia é uma das queixas com mais freqüência apresentadas; na quase totalidade dos casos, desejam os aludidos pacientes ver nisso significada a existência de sinusite profissional, pela qual inculpam as emanações dos produtos manipulados, e com menos freqüência a umidade ou o calor dos ambientes de trabalho. Não poucas vezes têm sido levadas a Juízo queixas dessa natureza, e não raro são reconhecidas procedentes (com a consequente indenização), sem que tal justifique a realidade dos fatos. Isso acontece porque os legistas chamados a se pronunciar baseiam seus diagnósticos quase sempre na diminuição radiológica (e às vezes também transluminativa) da transparência sinusal. Ora, é sabido (e pacífico entre os otorrinolaringologistas) que tal opacificação, mesmo quando total, pode decorrer de outras causas (tais a cborização da parede óssea, a presença de cistos, a superposição de partes moles), como ficou amplamente esclarecido no simpósio sobre "Sinusites na Indústria", aqui mesmo realizado em 26-5-1954. Nessa oportunidade tivemos ocasião de informar que, tendo feito radiografar sistematicamente os seios da face de todos os candidatos a emprego, em mais de um período experimental, verificamos a existência de opacificidade (completa ou incompleta) em 60% de pacientes que não apresentavam nenhum sinal clínico de afecção sinusal. Outro elemento em que os legistas freqüentemente confiam é na existência de dor à palpação das regiões sinusais, especialmente da que se localiza no ângulo fronto-nasal; pondo de parte a possibilidade de tal dor ser irreal — quem a informa é justamente o interessado na positividade do exame — sabemos que esse sinal clínico é apenas um dos elementos que com freqüência levam ao diagnóstico de dor postural, relacionável (como na região sacro-lombar) a lesões vertebrais, discais ou músculo-ligamentosas do pescoço. E isso acontece ainda porque os legistas quase sempre ignoram que as sinusites crônicas dificilmente produzem céfalalgie. Qual é a causa então, da maioria dessas céfaléias erradamente

rotuladas como de origem sinusal? Pondo de parte as que são apenas alegadas com intuições reivindicatórios, mostra nossa experiência que uma das causas mais freqüentes de tais padecimentos reside nos vícios de convergência e de refração, principalmente representados estes pela hipermetropia e pelo astigmatismo, quando não pela rara associação de ambos. De fato, mesmo fazendo — como no meu Serviço sistemáticamente se faz — a medida da acuidade visual dos candidatos a emprego, esta só consegue descobrir os casos de miopia (além, evidentemente, de deficiências ligadas a causas outras que não os vícios de refração). Para conseguir diagnosticar a ametropia para a visão próxima (hipermetropia e presbiopia), é indispensável que se paralise a acomodação, pois, não o fazendo, estes pacientes conseguem, para curtos períodos, ter visão normal, graças à acomodação. Quando, porém, a acomodação tem de se fazer por longo prazo, como acontece por ocasião do trabalho, sobrevém o cansaço dos músculos ciliares, e com ele a cefaléia.

O paciente, porém, ámãis aceita esta explicação, alegando que antes trabalhava sem sentir cefaléia. E a explicação é fácil: a quase totalidade do pessoal que nos procura é representada por imigrantes nordestinos; suas ocupações anteriores não exigiam esforço visual, pelo menos durante períodos prolongados; além disso, quase todos analfabetos, não tinham na leitura outra necessidade dessa acomoda-

ção prolongada; e por isso não tinham cefaléia, apesar da preexistência do vício de refração. Como as novas condições de trabalho exigem o esforço visual para a visão próxima durante todo o período de atividade, a acomodação e a cefaléia sobrevém. Teóricamente, seriam evitáveis estes casos fazendo a dilatação pupilar sistemática de todos os candidatos, e o consequente exame oftalmológico, que descobriria os portadores destes vícios de refração; mas, isso na prática é irrealizável, pelo menos nos Serviços movimentados. Além disso, se transformaria em fonte de protestos: prolongando-se por 2 ou 3 dias o efeito dos midriáticos, isso impediria os candidatos de assumir desde logo as suas funções, com prejuízo não só para eles, mas, também, na maioria dos casos, para os empregadores.

O que, portanto, se pode fazer por enquanto, é generalizar, pela realização de simpósios como este, as noções verdadeiras sobre as relações das cefaléias como o trabalho, noções essas que, devemos reconhecer, são desconhecidas da maioria dos nossos colegas, principalmente dos que são chamados a funcionar como peritos nos casos que ocasionam reclamação judicial. O registro obrigatório da acuidade visual para longe e para perto, na caderneta de saúde cuja instituição recomendamos em trabalho anterior, ou na própria carteira profissional enquanto aquela não se concretiza, seria outra medida de elevado alcance para solucionar a questão.

## RUBROMALT

*Extrato de malte*

*Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D  
Complexo B, Extrato de Fígado,  
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPEUTICO ACTIVUS LTDA.  
Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

## DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 20 de novembro de 1956

Presidente: Dr. José Zaclis

**Epidermóide intra-raqueano. Registro de um caso em criança.** Drs. Antonio Branco Lefèvre, Rolando A. Tenuto e Amelia T. Moura Vasconcelos. — Os autores apresentaram um caso de tumor epidermóide intra-raqueano, diagnosticado e tratado cirurgicamente, em menino de 9 anos. Chamaram a atenção para a dificuldade diagnóstica deste caso, cujo

quadro clínico lembrava o de uma radiculopatia por compressão de hérnia de disco intervertebral. A evolução foi favorável, com recuperação total, sem sequelas. Os autores lembravam a necessidade de se precisar a designação destes tumores, que são muitas vezes confundidos com os cistos dermídios e outros tumores congénitos.

Sessão em 5 de dezembro de 1956

Presidente: Dr. Octavio Lemmi

**Observações anatômicas e electromiográficas sobre o "m. pronator quadratus".** Drs. O. Machado de Souza, W. Rollim de Moraes e E. C. Figueiredo Ferraz. — O m. pronador quadrado, de forma muito variável, é constituído sempre de uma porção superficial e outra profunda; esta ocupa uma parte do espaço interósseo e seus feixes se dirigem obliquamente de diante para trás, da ulna para o rádio. A esta porção, pela direção de seus feixes, foi atribuída por alguns autores função supinadora, o que nos levou à análise electromiográfica do músculo em questão. Foi estudada separadamente a ação da parte superficial e da parte profunda do músculo, captando os potenciais de ação com agulha monopolar introduzida na parte a ser explorada. Na pronação natural, os potenciais de ação da porção superficial do músculo se evidenciavam sómente quando o antebraço já havia girado cerca de 90° e daí em diante as ondas de contração eram numerosas até o final do movimento. Na supi-

nção natural o electromiógrafo não registrou qualquer potencial de ação nesta porção superficial do músculo. Na pronação, com resistência oposta pelo observador, a ação desta porção do músculo era evidente desde o início do movimento, e na supinação, com resistência, também não se evidenciou atividade muscular. A porção profunda do músculo foi explorada nas mesmas circunstâncias e com resultados idênticos, isto é, na pronação natural os potenciais de ação apareceram quando o antebraço já havia realizado uma rotação de cerca de 90° e na pronação forçada se manifestavam desde o início do movimento. Na supinação natural ou forçada, esta porção profunda não desenvolveu potenciais de ação.

Conclui-se, assim, que o m. pronador quadrado é exclusivamente pronador, mas não age na fase inicial do movimento natural; nesta fase ele atua quando há necessidade de maior força. Os estudos ainda prosseguem, para análise das ações musculares nesta fase inicial da pronação.

Sessão em 5 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Rolando Angelo Tenuto

**Hidrancefalia. (Apresentação de um caso anátomo-clínico).** Drs. Antônio Branco Lefèvre, Maria Irmina Valente e Luiz Celso Mattosinho Faria. — Os autores apresentaram um caso anátomo-clínico de hidrancefalia, referente a um paciente de 2

anos de idade cujo quadro neurológico era semelhante ao de um recém-nascido normal. O diagnóstico foi feito em vida, tendo sido comprovado pela electrrencefalografia e isotopometria; foi realizado também o estudo angiográfico.

ALGIAS REBELDES

# AMPLICTIL

Largactil — 4560 RP — Clorpromazina



ALGIAS CANCEROSAS

ALGIAS PÓS-ZOSTERIANAS

ALGIAS DIFUSAS PÓS-TRAUMÁTICAS

ALGIAS FACIAIS OU CRANIANAS

DORES DE ÚLCERA GASTRODUODENAL

FORMAS HIPERÁLGICAS DO ENFARTE DO MIOCÁRDIO



APRESENTAÇÕES

## AMPLICTIL

Frascos de 30 e de 250 comprimidos a 25 mg

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm<sup>3</sup> a 50 mg, para uso intravenoso

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm<sup>3</sup> a 25 mg, para uso intramuscular

## AMPLICTIL-GOTAS

Frasco de 10 cm<sup>3</sup> de solução a 4%

## AMPLICTIL-PSIQUIÁTRICO

Frasco de 125 comprimidos a 100 mg

A clorpromazina — descoberta original de Rhône-Poulenc-Spécia — é apresentada em vários países sob marcas registradas diferentes, a saber:

AMPLICTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HEBANIL, na Noruega

HIBERNAL, na Suécia

LARGACTIL, na França

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América

WINTERMIN, no Japão



a marca de confiança

# RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

R - 198 - 157

**Fotoepilepsia.** (*Apresentação de um caso*). Dr. Adail Freitas Julião. — É descrito o caso de uma menina de 12 anos, escolar, que havia sofrido recentemente uma crise convulsiva generalizada, durante o sono, e que, há alguns meses, era sujeita a numerosas crises de tipo mioclônico. Espontaneamente, referiu que as crises de abalos musculares generalizados, de curta duração, ocorriam obrigatoriamente quando ela olhava diretamente para o Sol; por várias vezes essas crises a haviam acometido, também, ao efetuar a sintonização de uma para outra estação de televisão, num aparelho receptor. Submetendo-a à estimulação luminosa intermitente, durante um exame eletrencéfalográfico, o autor pôde comprovar nitidamente a influência da luz como fator convulsivo, pois, dentro de afastados limites de freqüência, a estimulação luminosa intermitente provocou o aparecimento de paroxismos elétricos constituídos por complexos irregulares "onda-espícula" ou por surtos de ondas hiper-síncronas. Posteriormente, novo EEG foi obtido, com a finalidade principal de ser investigado o grau de proteção que o uso de óculos escuros podia oferecer à paciente. Observou então o autor que, nessas condições, sómente intensidades luminosas mais elevadas eram eficientes. Considerações foram feitas a respeito da influência da intensidade e da freqüência do estímulo luminoso, na produção de convulsões; referindo o autor que os dados encontrados na literatura a

esse respeito revelam que, embora sejam mais freqüentes os pacientes sensíveis à luz vermelha, a luz de outros comprimentos de onda é também capaz de provocar manifestações convulsivas. Em conclusão, julga ser mais fácil conseguir proteção satisfatória por meio de óculos suficientemente escuros, do que por meio de óculos de determinada cor, destinados a reterem as faixas nocivas do espectro luminoso.

**Pneumencefalografia fracionada nos tumores do ângulo pontocerebelar.** Dr. Roque José Balbo. — Os tumores do ângulo ponto-cerebelar nem sempre apresentam síndromes típicas. Há casos em que o quadro clínico é o de um tumor do tronco cerebral ou simplesmente de uma hipertensão intracraniana, sem sinais localizatórios evidentes. A ventriculografia, com contraste gasoso ou iodado, em geral, só dá sinais indiretos de tumor do ângulo pontocerebelar. A angiografia da vertebral fornece informação de valor quando a cápsula do tumor é muito vascularizada. A pneumencefalografia fracionada da fossa posterior, contrastando bem a cisterna do ângulo pontocerebelar, é atualmente o exame de escolha no diagnóstico das neoplasias ai sediadas. A técnica é simples, as reações são insignificantes, a percentagem de diagnóstico seguro é elevada e o exame permite o diagnóstico diferencial com tumores do hemisfério cerebelar e do tronco cerebral.

## DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sessão em 21 de agosto de 1956

Presidente: *Emilio Navajas Filho*

**Lombociatalgias.** Dr. Oscar Scaglietti (Catedrático da Universidade e Diretor do Instituto Ortopédico de Florença). — A lombociatalgia é uma síndrome devida a diversas causas, dentre as quais pode ser responsável a hérnia dorsal do disco intervertebral. Examinando cerca de 7.000 casos de lombociatalgia chegou à conclusão de que, em 25% dos casos, a causa é a hérnia de disco e, em 60%, a espondi-

lartrite, os tumores, etc. Analisou a seguir a anatomia e fisiologia da coluna e das raízes lombosacras, falando da síndrome dolorosa, da síndrome de compreensão (anestesia, atrofia muscular) e da síndrome de interrupção fisiológica. Esses sintomas são provenientes, na maior parte dos casos, de compreensão das raízes de L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> e mais ainda de L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>, muitas vezes por degeneração do disco. Há hérnias sem

manifestação periférica clínica; com o progredir da lesão aparecem os sinais clínicos (hipo ou atrofia muscular e anestesia). A paralisia muscular só ocorre se houver lesão de três raízes (Sherrington), pois os músculos tem inervação polifascicular. A ausência de reflexos corresponde à interrupção nervosa. O diagnóstico da lesão produzida pela hérnia de disco é puramente clínico. Por exemplo, hipoexcitabilidade elétrica, associada a hipotrofia muscular, anestesia e presença de sinal de Lasègue são sufi-

cientes para firmar-se o diagnóstico de hérnia de disco intervertebral lombar. A radiografia (sempre em duas projeções) da bacia e da coluna toracolombar deve ser feita para excluir outras lesões. A punção lombar é indispensável. O tratamento consiste na hemilaminectomia, associada a alargamento do forame, para descomprimir a raiz. A técnica, os resultados e os sintomas foram a seguir demonstrados em um filme cinematográfico.

### Sessão em 28 de dezembro de 1956

Presidente: *Emilio Navajas Filho*

**Considerações sobre um caso de calcificação justatendinea do indicador.** Dr. J. P. Marcondes de Souza. — O autor apresenta o caso de um menino de 12 anos que levou um sóco na mão, ficando com o dedo indicador inchado; 3 meses após, apresentou dificuldade em flexir o dedo. O exame revelou tumefação na face palmar da 1.ª falange, impossibilidade de fazer a flexão ativa do indicador. Sombria radiológica de calcificação peritendinea. A operação verificou-se a presença de uma tumoração esbranquiçada, aderente à bainha. O exame anatomo-patológico revelou calcificação. Uma semana após, a movimentação ativa era completa. O autor acredita que essa calcificação poderia ser consequente a um hematomma, dizendo ainda que os depósitos calcários intratendineos são muito conhecidos, principalmente no ombro.

**Campo fenestrado na cirurgia da mão.** Dr. Lauro Barros de Abreu. — O autor teceu considerações sobre as dificuldades de uma proteção completa do campo operatório e projetou filme e diapositivos mostrando o campo que idealizou: um grande campo, provido de manga com malha elástica, que protege todo o campo e pode ser usado para membros, ombro e quadril.

**Nova técnica para a fixação do enxerto de tendão flexor na falange distal do dedo (Nota prévia).** Dr. Lauro Barros de Abreu. — O autor

iniciou dizendo que a técnica de Bunnell dá bons resultados, porém, às vezes, é difícil retirar o pull-out wire. Analisa as diversas técnicas de fixação do tendão e a nova técnica que idealizou e que consiste em um fio de Kirchner que transfixa o osso e se prende a uma alça do fio de aço; a remoção do fio é realizada retirando-se o Kirchner e puxando-se o fio de aço no sentido da inversão do tendão posto, como o pull-out.

**Osteossíntese intramedular da tibia. Nova técnica.** Drs. Roberto Godoy Moreira e João Azevedo Lage. — Os autores apresentam considerações sobre os pinos intramedulares para tibia, que geralmente são curvos e não suportam o peso. Idealizaram um pino reto, que penetra sem necessidade de angulação e proporciona fixação perfeita, com ótima resistência. A introdução do pino é feita com o joelho em flexão.

**Osteossíntese com placa e parafusos em fraturas transtrocanterianas (Nota prévia).** Drs. João Azevedo Lage e Roberto Godoy Moreira. — Os autores apresentam um aperfeiçoamento da técnica para tratamento das fraturas transtrocanterianas, conseguido por intermédio de uma placa que penetra no canal medular do fêmur e é fixada ao colo com um parafuso de Godoy Moreira. Apresentam a peça fabricada no Instituto Ortopédico e as radiografias de 4 pacientes operados.

## Sessão em 28 de fevereiro de 1957

Presidente: *Emílio Navajas Filho*

**Compressão do nervo mediano no punho por artéria mediana aberrante trombosada.** Lauro Barros de Abreu e Roberto Godoy Moreira. — Revendo a literatura, os autores não encontraram caso semelhante ao seu mas apenas a hipótese de sua possível ocorrência. Tratava-se de um indivíduo de 33 anos, que ficara com o punho preso sob a carroceria de um veículo; 7 meses após, começou a se queixar de violentas dores no polegar, médio e indicador, que se agravavam com a mobilização; só se sentia melhor com o punho fletido sobre o tórax. O exame revelou tumoração na face anterior do punho esquerdo, alterações tróficas das unhas e parestesias no território do mediano. Ausência de alterações radiológicas dos ossos. O diagnóstico foi de compressão do

nervo mediano no canal do carpo. Foi operado pelo Prof. Godoy Moreira em novembro 1956, e o achado operatório revelou, após a abertura do canal do carpo, que o nervo mediano estava aumentado de volume, envolvido por tecido fibroso abundante, onde penetrava e saía um vaso calibroso de cerca de 9 cm de extensão (artéria mediana aberrante), cujo exame anátomo-patológico revelou tecido fibroso contornando uma artéria trombosada. No pós-operatório houve desaparecimento dos sintomas no 3º dia e recuperação completa do paciente após cerca de 45 dias. Por fim os autores fazem comentários sobre a persistência da artéria mediana no antebraço; muitas vezes, essa artéria aberrante entra na formação da artéria palmar.

## DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

## Sessão em 19 de novembro de 1956

Presidente: *Dr. Fábio Barreto Matheus*

**Audição dos pacientes submetidos à timpanomastoidectomia radical.** Drs. Moysés Cutin e Jorge Hirschmann. — Na revisão da literatura referente à repercussão da timpanomastoidectomia radical sobre a acuidade auditiva há grande desacordo. Os autores apresentam 14 observações em que procederam a exames audiométricos pré e pós-operatórios. Houve 5 casos com simples melhoras auditivas, 3 com melhoras insignificantes, 2 sem alterações, 4 com piora, sendo que, num destes, a agravamento foi mais acentuada devido à extirpação do estribo (a perda de audição, que era de 23,7%, passou a 60,0%). Notou-se que o ouvido não operado em regra sofreu melhora ou agravamento paralelamente ao ouvido operado. Outro fato interessante é o da me-

lhora da audição em um caso, a ponto da acuidade situar-se entre 20 e 30 decibéis, em discordância com o pressuposto teórico.

**Hipoacusia progressiva familiar por lues congênita tardia.** Dr. Silvio Maramone. — O autor apresenta os casos de duas crianças irmãs, com ligeiros estígmas luéticos, havendo, porém, passado luético materno; o exame realizado por audiogramas sucessivos revelou hipoacusia de caráter progressivo. O autor fez referências à propedéutica e tratamento. Terminou chamando a atenção para a necessidade de se pensar na infecção luética em casos de hipoacusia em crianças, sendo a audiologia eficiente processo propedéutico, mesmo quando os estígmas não são evidentes.

# Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO  
MELHOR ABSORÇÃO  
PERFEITA ESTABILIDADE  
SABOR DELICIOSO

## Pellets

A - VI - PEL  
D - VI - PEL  
A - D - VI - PEL  
POLI - VI - PEL  
VITSALMIN

## Suplementos

A - D - BOM  
EMULVIT



## Sessão em 19 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Silvio Marone

**Otite média. Conceito e tratamento.** Dr. Raphael da Nova. — Ao definir a otite média, o autor segue a classificação estabelecida por Bezold em 1884, e baseada no aspecto clínico, no exame histológico, nos dados de necropsia e no exame funcional praticado com os diapasons. Passa em revista os vários tipos de otite média, escudado no seu aspecto anatomo-clínico, para estabelecer as bases do tratamento de cada uma dessas formas. Deverá este atender, em linhas gerais, aos seguintes itens: 1) combate à patogenicidade do germe; 2) combate às retenções; 3) esterilização das infecções de vizinhança; 4) combate à meiopragia da mucosa; 5) eliminação dos focos de infecção óssea. Depois de estudar a flora bacteriana das *rhinofaringites* e das *otites agudas*, que varia nas diferentes idades, refere-se aos meios de combate à com o antibiótico ou o quimioterápico adequado. Focaliza a *otite antrite* do recém-nascido e lembra

que, se a toxicose em geral é devida à oto-antrite, muitas vezes esta última pode ser a consequência daquela de modo que, embora seja exigida uma drenagem precoce e ampla, a cura se fará com a esterilização do ca-  
vum e com as medidas visando à modificaçāo do estado geral. Ao tratar das *otites crônicas*, exalta a ação benéfica do tratamento local pelo ácido bórico e o uso dos antibióticos de amplo espectro. Entre as causas de deficiência de reação da mucosa das cavidades da orelha média está o chamado "mecanismo alérgico", que deverá ser combatido pela hipossensibilização, pela medicação hormonal e pelas dietas de eliminação. A defesa poderá ser estimulada pelas ionizações, cuja ação hiperemianta acarreta uma leucocitose local. O autor termina estabelecendo o critério para tratamento do colesteatoma, que se limita ao epítimpano ou que invade o antro mastóideo.

## DEPARTAMENTO DE PATHOLOGIA

## Sessão em 16 de setembro de 1956

Presidente: Dr. Edmundo Navajas

**Rabdomiossarcoma do cerebelo.** Dr. J. Lopes de Faria. — O autor apresentou um caso de rabdomiossarcoma do cerebelo, que possivelmente é o primeiro a ser descrito na literatura mundial. Descreveu minuciosamente com apresentação de microfotografias, os diversos aspectos histológicos encontrados, desde mesenquimais indiferenciadas até a formação de fibras mus-

culares estriadas. Faz ainda uma análise das diversas hipóteses existentes relativas à origem desse tipo de tumor, admitindo que esta ocorra em células mesenquimais indiferenciadas, existentes normalmente em torno dos pequenos vasos sanguíneos. Afasta, por esse motivo, a hipótese de origem em restos embrionários deslocados.

## Sessão em 16 de outubro de 1956

Presidente: Dr. Edmundo Navajas

**Aplicações diagnósticas dos rádio-isótopos.** Dr. Raphael Giannella. — O autor, depois de salientar os princípios gerais aplicados aos numerosos métodos diagnósticos ou subsidiários ao diagnóstico clínico, baseados na uti-

lização dos rádio-isótopos, frisa as condições que devem nortear a escolha do elemento marcado. Essas condições dependem, principalmente, da vida média do isótopo e do tipo de aparelhagem disponível: contador de Gei-

ger-Müller ou contador de cintilação. Analisando as numerosas técnicas atualmente empregadas, o autor se detém sobre as mais consagradas e melhor padronizadas, com as quais teve oportunidade de trabalhar no Laboratório de Isótopos do "Veterans Administration Hospital", de Birmingham, Alabama, e no "Radiation Center" do "Cook County Hospital", de Chicago. Entre essas técnicas foram analisadas: estudos da função tireóidea pelo  $I^{131}$ ; determinação do volume plasmático pela sôro-albumina humana marcada com  $I^{131}$ ; determinação do volume sanguíneo pelo  $Cr^{51}$ ;

estudo da sobrevida das hemácias pelo  $Cr^{51}$ ; diagnóstico da anemia perniciosa pela vitamina  $B_{12}$  marcada com  $Co^{60}$ ; ciclo sanguíneo do  $Fe^{59}$ ; estudo do rendimento cardíaco e a localização de tumores cerebrais pela Risa. No estudo da função tireóidea foram apresentadas as diversas técnicas e interpretados os resultados obtidos com a incorporação tireóidea, eliminação urinária, nível sanguíneo, depuração sanguínea, atividade salivar e acúmulo na tireóide do  $I^{131}$ , bem como a separação tricloracética ou com resina trocadora de íons do  $I^{131}$  ligado à proteína.

### Sessão em 16 de novembro de 1956

Presidente: Dr. Edmundo Navajas

**Iodemia protéica e iodemia com iodo marcado. Análise dos métodos.** Drs. Raphael Giannella, Howard Elliott e William E. Martindale. — Os autores, inicialmente, esquematizam a distribuição do iodo total no sôro ou plasma sanguíneo e salientam a importância da extração pelo butanol e a separação em duas frações à custa de reextração com carbonato de sódio. Analisam os métodos empregados para a dosagem da iodemia protéica, baseados na reação estudada por Sandell e Koithoff em 1936. Analisando o método que empregaram e que foi introduzido por Barker, Humphrey e Soley, salientam os cuidados necessários a tomar em todas as quatro fases do processo: precipitação e lavagem das proteínas, secagem e incineração da amostra, dissolução do incinerado e determinação colorimétrica. Em 35 casos normais, os autores encontram valores variando de 5,4 a 9,8 mg/100 ml de sôro, com a média de  $7,8 \pm 1,6$  mg. No estudo da iodemia protéica com  $I^{131}$ , os autores fazem a comparação entre o método empregando a precipitação pelo ácido tricloracético a 10% e o método com resina trocadora de íons (Ioresin), este último introduzido, recentemente, por Lahn e Tabem. Salientam as desvantagens da precipitação tricloracética, que condiciona inconstância nos resultados, e assinalam as vantagens e limitações do método com a resina. Com

o emprêgo de um ou outro método, obtém dados para o cálculo do chamado "fator de conversão", de importância diagnóstica superior ao valor obtido pelo estudo da captação do  $I^{131}$  pela tireóide.

**Paquimeningeose hemorrágica (problemas dos hematomas espontâneos intradurais.** Dr. J. Lopes de Faria. — O autor apresenta 2 casos de hematoma intradural, em adultos, não precedidos de traumatismo craniano. O exame histológico da dura-máter mostrou, ao nível dos hematomas, o quadro da chamada paquimeningeose hemorrágica (paquimeningite hemorrágica interna de Virchow) e fora dos mesmos o quadro da paquimeningeose dissecante, isto é, uma dissociação edematoso dos tecidos da dura-máter com formação de lacunas. Admite que a paquimeningeose dissecante seja consequente a distúrbios circulatórios vasomotores e que preceda a paquimeningeose hemorrágica. Tais distúrbios circulatórios produzem vasodilação, edema e pequenas hemorragias. A recidiva destes processos agrava progressivamente o quadro surgiendo proliferação de vasos, hemorragias maiores e mesmo fetais, destes oriundas. Chama a atenção para a importância do diagnóstico clínico do hematoma intradural, cuja terapêutica cirúrgica salva 75% dos pacientes (Krayenbühl).

## DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Nuno de Paiva Braga

**Estudo comparativo da electroforese do sangue materno, do cordão umbilical e do recém-nascido.** Drs. Pinkus S. Rosenbojm, Eduardo Marcondes Marcondes Machado, Gilson Quarente, Guilherme Mattar, Oswaldo Cruz e Conceição Mattos Segre. — Foram estudados 11 casos, por meio de uma electroforese em papel, com o aparélio de Elphor, utilizando-se uma solução-tampão de Veronal sódico e acetato de sódio, com pH 8.6 e força iônica de 0.1. A dosagem das proteínas totais foi realizada pelo método do biureto. Nos 11 casos estudados verificou-se que a taxa de albumina do sangue

materno era menor que a do sangue do cordão e do recém-nascido. As frações globulinicas  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$  e  $\beta$  eram mais elevadas no sangue materno que no sangue do cordão umbilical e no do recém-nascido. A globulina era mais elevada no sangue do cordão umbilical e no do recém-nascido do que no sangue materno. Estes dados concordam com os referidos na literatura mundial. A diferença encontrada entre o sangue do cordão umbilical, do recém-nascido e materno é explicada levando-se em consideração a permeabilidade placentária às diferentes espécies dos componentes protécicos.

## DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 8 de outubro de 1956

Presidente: Dr. Waldemiro Nunes

**Lesões anorrectais nas cardiopatias crônicas.** Drs. Pedro de Souza Campos Filho e Francisco de Assis Sporques. — Os autores relataram as observações colhidas no Hospital Santa Helena. O primeiro caso foi o de uma paciente com cardiopatia crônica em fase de descompensação; começou a queixar-se de dor no ânus, que se agravava no momento das evacuações; ao exame proctológico notaram uma ulceração situada na comissura posterior, a cerca de 5 mm do orifício anal, fazendo comunicação com o canal anal ao nível do anel esfíntérico; os autores observaram a existência de uma ponte cutânea que separava a fenda anal do orifício formado pela ferida necrótica. Observaram mais dois casos, também cardiopatas crônicos, que apresentavam lesões idênticas às descritas. Teceram comentários sobre as possíveis causas daquela necrose. Como tratamento foi praticada a seção da referida ponte cutânea, com grande alívio para os doentes.

**Reticulossarcoma do reto.** Drs. Waldemiro Nunes, Saturnino Cintra Franco e Benedito Felippini. — Os autores iniciaram definindo esta neoplasia como hiperplasia de células reticulares dos folículos linfoides solitários da submucosa retal. Salientaram a grande divergência que existe entre os patologistas com relação à classificação desses tumores. Citaram, em seguida, as classificações de Ewing, Evans e Lumb. Os linfossarcomas com localização retal constituem raridade; Usber conseguiu coletar 50 casos de linfossarcomas dos intestino delgado e grosso, 10 dos quais se localizavam no reto; destes, somente 2 eram reticulossarcomas. Stelzner publicou um caso de reticulossarcoma em paciente de 60 anos. Granet e col. apresentaram 8 casos de linfomas do anorrecto, um dos quais era reticulossarcoma. Nos demais trabalhos referidos na literatura sob a denominação de linfossarcoma do reto não há referência específica a reticulossar-

# A vida por um fio...

... A ciência, a destreza e a  
experiência do cirurgião se  
juntam para salvar uma vida.

★

Sómente as melhores  
suturas são dignas  
dêsse esforço



## O Catgut Davis & Geck oferece:

- \* Tempo de absorção rigorosamente calculado
- \* Maior resistência à tensão
- \* Máxima flexibilidade
- \* Nós extremamente firmes
- \* Traumatismo e reação mínimos
- \* Esterilidade absoluta

★

Fornecido com ou sem agulhas "Atraumatic" especialmente  
criada para uso cirúrgico.

## Davis & Geck, Inc.

A UNIT OF AMERICAN CYANAMID COMPANY

One Casper Street, Danbury, Connecticut, U.S.A.

**DIVISÃO DE PRODUTOS CIRÚRGICOS**

CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S/A.

Rua Lavapés, 326 — Telefone 34-2938 — São Paulo, Brasil

coma; alguns casos, entretanto, pela descrição histológica, parecem pertencer a esse grupo. Os autores apresentam o caso de um paciente de 33 anos de idade, branco que há 8 meses começara a evacuar várias vezes ao dia fezes pastosas; há 20 dias, tenesmo e hemorragias pelo ânus, aparecendo o sangue misturado com as fezes, ora vermelho rutilante, ora coagulado e de cór escura. Ao exame proctoscópico, a mucosa apresentava-se normal até a extremidade cranial da ampola retal; neste nível, notava-se uma zona elevada, ulcerada, de bordas duras, alongada, medindo 30x15 mm. A zona ulcerada tinha cór amarelo-acinzentada e aspecto necrótico. A primeira biopsia revelou inflamação crônica necrotizante. Após nova biopsia in-frutífera, uma terceira, retirando ma-

terial dos quatro pontos cardinais do tumor, revelou a existência de áreas revestidas por mucosa e outras desnudadas, cobertas por material necrótico; em áreas bem conservadas observa-se processo neoplásico, constituído por células arredondadas ou ovóides, com núcleos claros e vesiculoso, exibindo freqüentes figuras de mitose; entre as células observava-se delicada substância fibrilar de tonalidade rósea; outras áreas mostravam infiltração do tecido neoplásico em faixas conjuntivas. O diagnóstico foi de reticulosarcoma. O tratamento consistiu em radioterapia. Um exame proctológico feito após 21 aplicações mostrou que a ferida se achava reduzida a um terço e, outro exame, realizado um mês depois, revelou desaparecimento total do tumor.

### Sessão em 6 de novembro de 1956

Presidente: Dr. Waldemiro Nunes

**Aspectos proctológicos do prurido anal.** Dr. Waldemiro Nunes. — É conceito firmado em proctologia de que o prurido anal é um sintoma e não uma doença. Suas inúmeras causas têm sido classificadas de modo diferente segundo a crença de cada autor. Bacon as divide em predisponentes, indiretas e diretas. Nesse sentido, as divide em sistêmicas, locais e psicológicas. Temos a impressão de que melhor seria classificá-las em locais, gerais e desconhecidas. Entre as causas locais podemos enumerar tudo que aumente a umidade normal da pele perianal: secreções oriundas de fistulas, fissuras, hemorróidas prolabadas, escorições da pele, pregas cutâneas irritadas pela infecção, transpiração excessiva. Produzem também coceira no ânus as afecções dermatológicas como linquén plano, escabiose; Castelani, em 13 anos de observação, encontrou cogumelos como causa de prurido anal em 20% de seus pacientes. A perda de muco e através de um esfínter incontinente e o uso excessivo de óleos minerais, pela sua passagem incontrolada do ânus, podem produzir prurido anal. Entre as causas gerais, o diabetes entra em primeiro lugar; Zockhart Mummery dá

muito maior valor às perturbações gastrintestinais. Têm sido igualmente incriminados a lues, a tuberculose, as doenças crônicas do figado e vias biliares, a uricemia, o desequilíbrio vasomotor. O uso e, na maioria dos casos, o abuso das tetraciclínas causa prurido anal. Inúmeras são as teorias, às vezes discordantes, que procuram explicar certos pruridos, em que o exame mais minucioso não consegue determinar a causa. Rothman, investigando a fisiologia do prurido, observou uma baixa do limiar de excitabilidade na zona pruriginosa. Jamison, Murray e Nesehod dão grande valor às infecções. Franz acha que o prurido seja uma reação alérgica local produzida por proteínas de origem alimentar. Tucker e Hellwing fizeram o estudo histológico da pele de 43 pacientes com prurido anal, concluindo que as modificações cutâneas encontradas podem ser divididas em quatro estágios: 1) inflamação exsudativa; 2) hiperplasia epitelial; 3) atrofia da epiderme e especialmente dos folículos pilosos e glândulas sebáceas, que não mostram evidência de atividade secretora; 4) múltiplas lesões epiteliais. Dizem os autores que,

em suas observações, nada sugeria causa bacteriana ou parasitária e os exames microscópicos não concordavam com a teoria de que o prurido fosse uma doença alérgica. Também à luz de suas observações parece pouco provável a origem neurogênica do prurido. Concluindo, afirmam que as alterações cutâneas nos casos de prurido anal lembram muito de perto o quadro histológico descrito nas dermatites químicas. Os quatro estágios do prurido anal podem ser produzidos na pele de coelhos por certas substâncias químicas presentes por certas substâncias químicas presentes nas fezes humanas em vários estados patológicos. Acreditam os autores que, ao lado de outros hidrocarnados, o escatol pode ser o agente responsável pelo prurido. Stoerber e Wacker, in-

jetando escatol em coelhos, produziram as mesmas lesões encontradas no prurido. Granet cita que, em certo número de pacientes com severo prurido anal, foi feito teste cutâneo na região axilar (que possui as mesmas características físicas e químicas da região parianal) com soluções de indol, escatol e emulsão fecal; o resultado foi a produção de dermatite igual à do prurido anal. O pH normalmente alto tem sido também incriminado como responsável pelo prurido; este assunto é controvertido, porquanto as secreções das glândulas apócrinas da margem do ânus têm pH entre 6 e 7, ao passo que as glândulas exócrinas têm pH entre 4 e 5,5. Pelo que ficou dito infere-se que cada caso de prurido anal deve ser estudado minuciosamente.

## DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA ELETRICIDADE MÉDICA

Sessão em conjunto com os Departamentos de Cancerologia  
e Cirurgia em 22 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. António C. de Campos Junqueira

**Aspectos radiológicos do câncer do esôfago.** Dr. António Ferreira Filho. — O autor frisou, em primeiro lugar, as dificuldades no diagnóstico do câncer do esôfago, em virtude de se tratar de um órgão intramediastínico, inacessível, portanto, à palpação e compressão. Quanto às várias formas anatomo-patológicas, dividiu-as nas claramente conhecidas: o tipo infiltrativo (o diagnóstico precoce é difícil, pois as rigidezes segmentares não são facilmente apreciáveis) e as formas ulceradas (em cujo estudo são importantes as refeições opacas não muito fluidas, pois alguns desses pacientes têm disfagia apenas para sólidos). Quanto às neoplasias da extremidade inferior do esôfago, salientou a importância do estudo com duplo contraste, isto é, após a administração da refeição opaca, dá-se uma mistura gaseosa. Ressaltou a importância da cintoradiografia no diagnóstico precoce. A avaliação radiológica da extensão do tumor nem sempre é possível, dadas as

próprias características anatomo-patológicas dessas lesões.

**Aspectos endoscópicos do câncer do esôfago.** Dr. José A. de Arruda Botelho. — O autor fez considerações sobre o valor da biopsia, que nem sempre pode ser obtida através da esofagoscopia. No esôfago cervical e no abdominal as manobras endoscópicas são mais difíceis; nesses casos é importante uma boa anestesia de base; deve-se tomar cuidado em não forçar o esôfago contra o plano ósco de coluna. O esôfago torácico é de estudo mais fácil para o endoscopista; esse segmento, nos movimentos inspiratórios, apresenta uma luz real e não virtual, como acontece nos demais segmentos. No esôfago abdominal a dificuldade é devida à mudança de direção do órgão; por vezes, o paciente, bem colocado, auxilia a vencer essa dificuldade; contudo, em pacientes idosos, portadores de espondilartrites, essa colaboração é mais difícil e mes-

mo impossível. As biopsias da região da cárda são também bastante difíceis; nos casos duvidosos, deve-se prestar atenção às resistências orgânicas na passagem ao nível da cárda, dado importante mesmo quando a endoscopia não fornece elementos muito objetivos. O autor citou o caso de um grande tumor do fônix, com extensão para o pulmão, em que o único achado objetivo foi o de uma resistência orgânica ao nível da cárda. Quanto ao valor da endoscopia no diagnóstico precoce, salientou a importância de vários dados: à laringoscopia, a paralisia de uma corda vocal, indicando comprometimento ganglionar mediastínico; o estudo da traqueia, pois tumores relativamente pequenos da parede anterior do esôfago podem invadir precocemente as paredes traqueais. Quanto ao valor da endoscopia no tratamento, o autor citou várias técnicas empregadas, quer no préoperatório, quer na terapêutica cirúrgica.

**Aspectos cirúrgicos do câncer do esôfago.** Dr. Henrique Mélega. — Histologicamente, esses tumores são sensíveis à radioterapia. Contudo, a localização não é favorável. A radioterapia tem indicação também nos casos inoperáveis e nos tumores não ressecáveis. A associação cirurgia + radioterapia é dividida em: 1) radioterapia pós-operatória (neste caso é importante a localização precisa do tumor, durante o ato cirúrgico, antes do tratamento radioterápico). O autor citou o caso de um tumor inextirpável, em que esse método está permitindo sobrevida de cerca de 5 anos. Nos casos de ressecção do esôfago, o autor fez considerações sobre a reconstituição

do trânsito; hoje, emprega-se com relativo sucesso a coloplastia.

**Indicações do tratamento cirúrgico no câncer do esôfago.** Dr. Edwin B. Montenegro. — O autor não faz a associação cirurgia + radioterapia. Para o cirurgião, o esôfago é dividido numa porção alta e outra baixa, em relação à croça da aorta. Nos tumores baixos, faz-se uma toracolaparotomia esquerda e, nos altos, uma toracotomia direita. Nas reconstituições do trânsito, várias são as técnicas empregadas. Assim, há a interposição de uma alça jejunal a anastomose do esôfago no delgado, etc. Na experiência do autor, com o emprego dos tubos de polietileno, as complicações mais freqüentes são as fistulas. Atualmente, o método de escolha para a reconstituição do trânsito é a coloplastia, feita em dois tempos: em primeiro lugar, a esofagectomia e, alguns meses após, o transplante do segmento cólico.

**Aspectos radioterápicos do câncer do esôfago.** Nelson de Carvalho. — Para o radioterapeuta, a localização do tumor tem maior importância que o próprio histológico da lesão. Como se sabe, essas lesões são pouco acessíveis à radioterapia. Outro fator que dificulta a obtenção de bons resultados é representado pelas metástases, muito freqüentes e precoces. Ponto importante é fazer-se chegar ao tumor uma dose ótima de radiação (6.000 a 7.000 r) sem grandes danos para os órgãos vizinhos e com distribuição uniforme através de todo o tumor. Não há vantagens na associação com a cirurgia, seja pré ou pós-operatória. Os tratamentos de escolha são os raios X e a cobaltoterapia.

## DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA E MOLÉSTIAS PULMONARES

Sessão em 25 de fevereiro de 1957

Presidente: Dr. Sylvio Lemos do Amaral

**Alterações do bacilo de Koch sob a influência dos tuberculostáticos.**  
Dis. Roberto Brandi e Oscar Souza Lopes. — O estudo sistemático de 114 estípites de bacilo de Koch isoladas de

61 pacientes em tratamento sanatorial, num período de cerca de um ano, nos quais haviam sido ministradas doses as mais diversas de tuberculostáticos, permite as seguintes conclu-

# PENTABIÓTICO

OTÊNCIA

SPECTRO ANTIMICROBIANO

ÍVEIS SANGUÍNEOS

OLERÂNCIA

ÇÃO BACTERICIDA

Doutor:  
não prescreva PENTABIÓTICO  
nos casos comuns. Mas, nos  
casos graves, receite o melhor  
**PENTABIÓTICO**

**CINCO ANTIBIÓTICOS NUM SÓ**

Indústrias Farmacêuticas



**Fontoura-Wyeth S.A.**

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura - Wyeth S.A. - São Paulo  
Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia, Pa.

sões: 1) O número de amostras resistentes a uma ou mais unidades de isoniazida foi aproximadamente duas vezes maior do que o número de amostras sensíveis; 2) O número de amostras resistentes e de virulência padrão (30,7%) foi inferior ao número de amostras sensíveis de idêntica virulência (52,7%); essa perda de virulência guarda relação proporcional ao aumento da resistência, sendo de notar que, nas amostras R-100, não se obteve nenhuma considerada de virulência padrão; notamos, também, a incidência de algumas amostras sensíveis avirulentas ou de virulência muito baixa, mesmo em pacientes recebendo doses inferiores a 72 g de isoniazida; tais fatos não foram observados em relação à estreptomicina; 3) A verificação da relação entre a quantidade de droga administrada, o título de sensibilidade à isoniazida e a virulência para o cobaio mostra que até 13 g predominam as amostras sen-

síveis de virulência padrão, após o que se nota aos poucos a inversão no sentido do aparecimento cada vez maior de estirpes resistentes com virulência mais baixa; entretanto, podem persistir estirpes sensíveis até em doses muito altas; 4) A atividade catalásica negativa foi a única que guardou relação com a resistência à isoniazida, não se observando relação nítida para com a virulência no cobaio, a não ser no grupo de virulência muito fraca, em que o número de casos catalase-negativos foi显著mente maior do que os catalase-positivos; 5) A verificação da evolução das provas de sensibilidade aos tuberculostáticos, de virulência ao cobaio e de atividade catalásica dos bacilos isolados de mesmos pacientes, estudadas em conjunto, mostra que há grande percentagem de discrepâncias; este fato impede o estabelecimento exato de uma relação entre as provas acima referidas.

## DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Sessão em 21 de dezembro de 1956

Presidente: Dr. Geraldo de Campos Freire

**Hematúria pelo Dicumarol. Aspectos urológicos.** Dr. Augusto Amélia da Motta Pacheco. — O autor refere ter tido 2 casos de hematúria muito intensa e bilateral, produzida pelo Dicumarol, e alerta sobre a possibilidade de tal acidente no tratamento com esse anticoagulante.

**Uretero-cistoneostomia.** Dr. Augusto Amélia da Motta Pacheco. — O autor relatou 3 casos de tumor de bexiga em que praticou cistectomia parcial com reimplantação do ureter por via translatrovesical. Em um dos casos foi feita adenomectomia prostática. Em outro caso houve recidiva após 4 anos, tendo o autor procedido novamente à mesma técnica.

## “A Cirurgia no Sanatório São Lucas”

2 volumes

Preço Cr\$ 700,00

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 23 de março de 1956

Presidente: Dr. Luis Branco Ribeiro

**Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas durante o ano de 1955.** Dr. Waldemar Machado. — O orador analisou os dados apurados durante o ano de 1955, na secção de maternidade do Sanatório São Lucas. Salientou uma epidemia de impétigo ocorrida no berçário, notando que coincidiu com uma epidemia de furunculose registrada na cidade. O total de parturientes foi de 1.153 sensivelmente maior que o do ano anterior. O parto sem temor é orientação que se vem dando às donas.

O dr. Moacyr Boscadin referiu-se a anestesia nos casos de cesariana.

Recordou o Dr. Eurico Branco Ribeiro que no seu tempo, era a raqueanestesia a preferencial, ainda hoje utilizada em larga escala em muitas maternidades.

Informou o Dr. Waldemar Machado que a raqueanestesia é preferencial nos serviços de obstetrícia do Sanatório São Lucas.

O dr. Eurico Ricco também fêz a apologia da raqueanestesia na cesariana.

**Reação de Galli Maininni.** Dr. Luis Migliano. — O autor falou sobre "Notas práticas sobre a reação de

Galli Maininni". Recordou os vários exames propostos para o diagnóstico da gravidez. Deteve-se na reação do Bufo marinus. Concluiu por ser reação de fácil execução e muito prática; os falsos resultados negativos não passam de 1,5%.

O dr. Thelbas Vasconcellos referiu-se ao emprégo da estufa para apressar o resultado da reação.

**Efeitos danosos de um clister de sabão.** — O dr. Carlos Alberto, apresentou, em seu nome e no do Dr. Eurico Branco Ribeiro, um caso de sequência desastrosa de um clister de sabão, aplicado por conta própria por um enfermeiro. Ao fim de longa evolução procedeu-se um abcesso no abdômen superior, à esquerda.

O dr. Eurico Branco Ribeiro fôz considerações sobre o caso e leu um trecho de Amatus Lusitanus referindo um caso de morte por um clister benigno.

O dr. Azael Leistner fêz apreciações sobre o caso, lembrando que a temperatura do clister poderia ter contribuído para as lesões registradas e citou 3 casos em que clisters com água demasiadamente quente produziram transtornos graves.

Sessão em 27 de abril de 1956

Presidente: Dr. Luis Branco Ribeiro

**Moléstia de Paget da mama.** Dr. Euclides Tissi. — A. discorreu sobre a moléstia de Paget da mama, lembrando o seu histórico e os seus característicos. Apresentou, depois, um caso operado no Sanatório São Lucas, cuja observação relatou. Fêz depois considerações sobre o tratamento.

O dr. Eurico Branco Ribeiro salientou a raridade da moléstia, o que, talvez, tenha dificultado o seu reco-

nhecimento pelo clínico que inicialmente a atendeu e que julgou tratarse de lesão eczematosa. Propôs que se dê à moléstia da mama o nome de "1.ª moléstia de Paget", para diferenciá-la da 2.ª descrita pelo mesmo autor.

**Câncer gástrico num comedor de sabão.** — Dr. Emil Elias Sader apresentou um caso de câncer do estômago

em um indivíduo que tinha o vício de comer sabão. Assinalou a possível influência desse hábito no desenvolvimento do câncer. O doente foi operado pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro e apresentava fragmentos de sabão no interior do estômago. O exame anátomo-patológico revelou carcinoma gelatinoso.

O dr. Adhemar Russi lembrou a possibilidade de se tratar de um psicopata, que o exame clínico não revelara.

O dr. Plínio Branco lembrou os verminóticos comedores de terra e este paciente tinha vermes, como atesta a sua história.

Salientou o Dr. Eurico Branco Ribeiro a coincidência de apresentação em duas reuniões sucessivas de consequências danosas do sabão — em clistér e por ingestão.

O dr. Manoel Sanches referiu o uso generalizado de clistér de sabão no Perú.

O dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou que o vício do paciente talvez tenha advindo do emprego de dentífricos, muitos dos quais são verdadeiros sabões.

**A cirurgia na Europa.** Dr. Manoel Sanches. — Discorreu o A. sobre sua recente viagem à Europa, fazendo referências aos vários países que visitou. Relatou o que viu de mais interessante nos hospitais de Paris, Lyon, Madrid e Barcelona. Ficou satisfeito em verificar que a cirurgia que se pratica em Lima e em São Paulo é per-

feitamente comparável às que se fazem nos grandes centros pelos melhores cirurgiões da Europa. Referiu-se especialmente aos trabalhos do dr. Lucian Luger sobre a esplenoprotografia com diodeno injetado rapidamente no baço, e sobre a anastomose da veia porta com a artéria hepática. A introdução de éter com sôro no duodeno permite, pelo gôsto e pelo cheiro, verificar a rapidez da circulação porta. No Serviço de Soupanet faz-se a gastrectomia a Billroth I e a correção dos transtornos após Polya por nova intervenção. A eletrocoagulação do lobo anterior por agulha, introduzida por craniotomia mínima da bons resultados no tratamento da dor dos cânceres inoperáveis.

O dr. Boncanet abre o fígado à esquerda da veia cava inferior para encontrar as vias excretoras em casos em que não se identifica o colédoco. A radiologia com pneumoperitônio associada a pneumogástrica dá o diagnóstico precoce do câncer gástrico. O serviço de Mallet-Guy em Lyon impressiona bem. A manometria biliar ali permite diagnósticos precisos. A pancreatectomia sub-total faz diminuir o uso da insulina nos diabéticos. Santy é um cirurgião elegante e de grandes recursos. O mesmo se pode dizer de Alfonso Lafuente em Madrid, num dos melhores hospitais da Europa. Em Barcelona, Soler Roig usa muita sulfata no préoperatório de cirurgia abdominal.

O dr. Eurico Branco Ribeiro agradeceu ao conferencista e salientou a presença do dr. Paul Bourgeix.

# METROLINA

Antisséptico Ginecológico — Bactericida —  
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161

SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

~~DOR~~



# Dolviran

**Analgesico - Sedativo - Espasmolítico**

Tubo com 10 comprimidos

## IMPRENSA MÉDICA EM SÃO PAULO

## Sumário dos últimos números

**Arquivos Médicos da Fôrça Pública de São Paulo**, Vol. V, n.º 1, junho de 1957. Cordonio craniano — apresentação de nove casos. — Aloisio Mattos Pimenta e Orestes Barini; Aneurisma da artéria temporal superficial E — Dr. Oswaldo Martins Leal; Sobre um caso de cisto do cordão espermático — Dr. Oswaldo Martins Leal; Classificação em reumatologia — diagnóstico diferencial — Dr. Flerts Nebó.

**Boletim de Higiene Mental** — Ano XIV, n.º 150-151, janeiro-fevereiro de 1957. O que se deve saber sobre as doenças mentais — Dr. Wulfred Overshoiser; Relatório da Diretoria do Boletim de Higiene Mental referente ao ano de 1956.

**Boletim Informativo** (Suplemento da "Revista Paulista de Medicina"), n.º 10 outubro de 1957. Movimento científico, Bolsas de Estudos, Cursos Prêmios que a Associação Paulista de Medicina distribuirá em 1957.

**Neurônio**, Vol. XVIII, n.º 3, 3.º Trimestre 1957. Abortamento terapêutico em gestante que se opõe a él — Prof. Dr. Flaminio Fávero; O homicídio e a criminalidade — Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva; Recensões.

**Pediatria Prática**, Vol. XXVIII, fasc. 7, julho de 1957. A incompatibilidade sanguínea materno-fetal na deficiência mental — Joy Arruda, Domenico Barbieri.

**Diagnóstico diferencial das convulsões infantis** — Dr. Antônio Branco Lefèvre.

**Resenha Clínico-Científica**, Ano XXVI, n.º 7 e 8, julho-agosto de 1957.

**O tratamento cirúrgico da insuficiência coronária** — Dr. M. S. Mazel. Dinâmica córtico-supra-renal e úlcera

gastroduodenal — Dr. Guido Izar; Síndromes coronárias — Aspectos etiopatogênicos e fisiopatológicos; Arterosclerose e coronariosclerose — Aspectos fisiopatológicos, terapêuticos e profiláticos (Amadeu Ribeiro Weimann); Fisiopatologia da convalescência; Origem das células neoplásicas; Iodo e fluor na nutrição: Colite ulcerosa e câncer do cólon.

**Revista Brasileira de Leprologia**, Vol. 25, n.º 2, abril-junho de 1957. Dr. A. Rotberg — Fator "N" de resistência à lepra e relações com a reatividade de leprominica e tuberculina — Valor duvidoso do BCG na imunização antileprosa; Drs. L. M. Bechelli, R. Quagliato e S. J. Nassif — Lepromino-reação em holandeses radicados há 2-3 anos no Brasil e sem contacto conhecido com doentes de lepra; Drs. Estevam de Almeida Neto e Durval de Paula e Silva — Resultados preliminares do emprego da D-4 Amino-3 Isoxasolidinone no tratamento de três casos lepromatosos; "Simpósio sobre lepra"; Sarah Keffer M. Machado — Legislação Federal de Lepra.

**Revista do Hospital das Clínicas**, Vol. VII, n.º 4, julho-agosto de 1957. Drs. Antônio Corrêa e Américo Morgante — Tumores malignos da rinofaringe; Dr. Nelson Carvalho — Radioterapia nas espondilartrites; Drs. Victor Spina e John Woisky — Técnica de reconstrução do supercílio; Drs. Vicente Amato Neto, Cláudio Santos Ferreira e Delmo Luiz Altério — Estudo sobre o valor do anal swab no diagnóstico da teníase por *taenia saginata*; Drs. Marcelo O. A. Corrêa e Vicente Amato Neto — Tratamento da amebiase intestinal pelo bi-cloridato de dialil-dietil-aminoetil fenol (Camoform); Dr. Nelson Carvalho — Diagnóstico da tireoide lingual pelo iodo radioativo; Drs. Renato Deveza

Frederico, Eduard Aleixo de Paula, Anói Castro Cordeiro e Joaquim Gama Rodrigues — Técnica para punção experimental da veia porta sem o emprego de anestésicos gerais; Dr. Lauro Barros de Abreu — Campo fenestrado em cirurgia da mão.

**Revista do Instituto Adolfo Lutz** — Vol. 16, número único, 1956. Dr. J. P. Carvalho Lima — Presença de Adolfo Lutz na Faculdade de Farmácia e Odontologia; Dr. Evandro Pimenta de Campos — Hepatite epidêmica. Estudo histopatológico — Diagnóstico diferencial com as outras hepatites; Drs. Augusto de E. Taunay, J. Fernandes Pontes, Erasto Prado e Ethel Sandoval Peixoto — Shigeloses. Comparação de métodos de coleta das fezes no diagnóstico bacteriológico das enterocolites crônicas. Aglutininas e copraglutininas na enterocolite crônica; Drs. C. Haberbeck Brandão e A. Martins de Castro Filho — Tinha epizootica em cobaias produzida por *Trichophyton gypseum* granulosum; Drs. Marcelo O. A. Corrêa e Vicente Amato Neto — Tratamento da esquistosomíase mansônica por via oral: resultados obtidos com o emprego de cloridrato de miracil D. (esquema de 20 dias) e do óxido estanhoso; Drs. Ricardo Veronesi, Vicente Amato Neto e Marcelo O. A. Corrêa — Leptospiroses em cães da cidade de São Paulo. Inquérito sorológico; Dr. Sebastião de Camargo Calazans — Laboratório de Saúde Pública. Sua criação e desenvolvimento em São Paulo; Dr. J. C. Carvalho — *Helicotylenchus nannus* (descrição do macho) e *Rotylenchus iperoiguensis* n. sp.; Dr. J. C. Carvalho — *Helicotylenchus nannus* (description of the male) and *Rotylenchus iperoiguensis chus coronatus* n. sp. (Nematoda, n. sp.; Dr. J. C. Carvalho — Monon-Monochidae); Dr. J. C. Carvalho — *Mononchus coronatus* n. sp. (Nematoda, Monochidae); José Lucas de Souza, Carlos da Silva Lacaz e Mário E. A. Pasqualucci — Rinosporidiose ocular. Drs. J. B. Ferraz de Menezes Junior — Método de fultração para avaliar as impurezas do sal.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XVII, n.º 5/6, maio-junho de 1957. Tumores da mandíbula e do processo alveolar do maxilar superior — Dr. Jorge Fairbanks Barbosa.

**Revista Paulista de Hospitais**, Vol. V, n.º 8, agosto de 1957. As unidades sanitárias locais e a luta anti-tuberculosa — Dr. Paulo C. Castro; Centro de recuperação post-operatória — Dr. Fausto Capuano; A organização hospitalar portuguesa — Dr. João Pôrto; A origem do câncer. 600 cientistas pesquisam na Grã-Bretanha a origem do câncer — R. E. Wallen; Requisitos de um Pronto-Atendimento Médico — Irmã Maria da Ssma. Trindade Iasi; O problema do convalescente nos hospitais gerais — Enf. Lygia Teixeira Nunes; O doente crônico no hospital geral — Renato Vicente Romano; História da Medicina no Brasil. Academia Médico-cirúrgica do Rio de Janeiro — Dr. Lycurgo Santos Filho; At condicionado ou melhor orientação das salas — Dr. Oswaldo Valle Cordeiro.

**Revista Paulista de Medicina**, Vol. 50, n.º 6, junho de 1957. Fissuras congênitas raras da face — Drs. Victor Spina e Guilherme Rutledge; Bases fisiológicas para a oxigenoterapia — Drs. Octávio Ribeiro Ratto, Italo Domingos Le Voci, Silvio Bailone e Ernesto Azevedo; Estudo da ação sobre o esfínter de Oddi de várias drogas utilizadas na cirurgia das vias biliares — Drs. Arrigo Raia e Antônio Cezário de Lima Horta; Comissurotomia mitral. Complicações operatórias observadas em 61 casos — Dr. Bindo Guida Filho; Determinação do sexo cromossômico pelos leucócitos neutrófilos do sangue periférico; Dr. Cássio Bottura; Considerações sobre o tratamento das hérnias inguinais e crurais pela técnica de Anson-McVay herniorrafia com o ligamento de Cooper — Drs. Saturnino Cintra Franco e Marcos Visconti Neto; Megacôlon na criança — Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto; Nota prévia: Esponja de fibrina no tratamento local das cavidades do pulmão — Dr. Amaury Louzada Veloso.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina da Universidade  
de São Paulo

## Estágio no Hospital das Clínicas

**Novo sistema de instrução médica**  
— O Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, desde sua inauguração, em abril de 1944, criou o corpo de médicos estagiários, constituído por diplomados pelo mesmo instituto de ensino médico.

No ciclo de organização do Hospital, o estágio hospitalar aperfeiçoou-se constantemente, instituindo-se desse modo um sistema de formação médica, dentro do qual se consolida a formação clínica fundamental dos graduados, encarregando-se muitos deles na senda das atividades clínico-científicas e possibilitando-lhes a própria carreira do magistério.

O decreto n.º 25.349, de 11 de janeiro de 1956, que reorganizou o currículo de instrução médica da Faculdade de Medicina, instituiu a obrigatoriedade do estágio hospitalar, em regime de internato, assim expresso nos seguintes parágrafos do seu artigo 1.º:

"Parágrafo 1.º — O 6.º ano se constituirá de um Estágio Hospitalar, em regime de internato, cujo Regulamento será elaborado pelo Conselho Administrativo do Hospital das Clínicas, "ad referendum" da Congregação da Faculdade de Medicina".

Parágrafo 2.º — Só será conferido o grau de médico aos alunos do 6.º ano que obtiveram frequência e conseguirem média de aprovação pelas notas de aplicação obtidas nos dois períodos letivos, a que se referem os artigos 228, 235 e 237 do Regulamento da Faculdade de Medicina (Decreto n.º 7.065, de 6 de abril de 1935)."

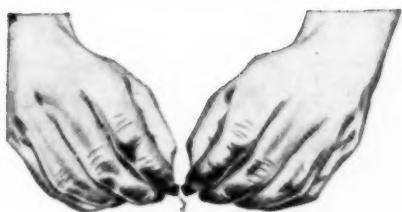
Pela estruturação do ensino, constante desse Decreto, o curso normal de ciências médicas realiza-se dentro de uma disciplinação de ensino programado nos cinco primeiros anos,

reservando-se o 6.º ano exclusivamente à formação prática dos graduados. De acordo com esse novo sistema, a Faculdade só diploma médicos após um ano de prática hospitalar, assegurando-lhes, após a formatura, o aperfeiçoamento como médico interno por um período de um ano e como médico residente por um período de um a dois anos.

Os diplomados pela Faculdade, que apresentam tendências à especialização clínico-científica e à própria carreira do magistério, encontram, nos cargos de estagiários pós-graduados, os recursos para atendimento de seus pendores. Atualmente o corpo de estagiários do Hospital das Clínicas é constituído por 80 sextoanistas, 60 médicos internos e 40 médicos residentes, que em atividade constante naquele Hospital, aprimoram sua capacidade profissional sob a orientação das cátedras de ensino clínico, prestando, de outro lado, relevantes serviços à obra assistencial de nosso grande nosocomio.

Desse modo, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, nestes últimos 13 anos, vem instituindo esse sistema de ensino semelhante ao adotado nos Estados Unidos, estabelecendo o estágio hospitalar para o último ano do curso médico, desde janeiro de 1956; o regime de instrução pelo estágio hospitalar é um sistema efetivo de nosso ensino médico, que vem se organizando à luz das vastas possibilidades do Hospital das Clínicas.

O atual projeto de reforma do Ensino Médico, que o Ministério da Educação e Cultura encaminhou ao Congresso Federal, cogita dessa instituição, que a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo já superou dentro das realizações de seu alto padrão de ensino.



**AGORA! ACROMICINA  
COM SUPLEMENTO VITAMÍNICO**

**ACROMICINA\* SV**

TETRACICLINA

em cápsulas gelatinosas INTEIRAS, DE CONTEÚDO  
SÉCO, uma EXCLUSIVIDADE de Lederle

O novo produto ACROMICINA SV associa o mais notável e eficiente antibiótico de amplo espectro a uma poderosa fórmula multivitamínica recomendada pelo Conselho Nacional de Pesquisas dos E.U.A. Numa única fórmula farmacêutica se concentram, assim, poderoso agente anti-infecioso e fatores nutritivos essenciais para apressar a cura e a convalescência.

**MAIS EFICAZ.** Experiências recentes demonstraram que as cápsulas de "conteúdo seco" ACROMICINA SV são absorvidas mais perfeitamente e com maior rapidez, pois não contêm substâncias oleosas ou gordurosas.

Quando for necessário reforçar a terapêutica antibiótica com um Suplemento

Vitaminínico, principalmente nos pacientes debilitados por doença infeciosa prolongada, a prescrição de ACROMICINA SV atenderá a essa exigência proporcionando rápido domínio da infecção com o máximo de bem-estar do paciente.

**Cada cápsula contém :**

Cloridrato de Tetraciclina	250 mg
Ácido Ascórbico	75 mg
Mononitrito de Tiamina	2,5 mg
Riboflavina	2,5 mg
Niacinamida	25 mg
Cloridrato de Piridoxina	0,5 mg
Pantoteno de Cálcio	5 mg
Vitamina B12	1 micrograma
Ácido Fólico	0,375 mg
Vitamina K (Menadione)	0,5 mg

LEDERLE LABORATORIES DIVISION Cyanamid Inter-American Corporation  
49 West 49th Street, New York 20, N. Y.



\* Marca Registrada

LABORATÓRIOS LEDERLE DO BRASIL S. A. - RIO - RUA 1.º DE MARÇO, 9 - SÃO PAULO - RUA IAPAPÉS, 326

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

## Decálogo Médico

*Sedare dolorem opus divinum est.*

## I

Ama a teu próximo como a ti.

## II

Trata o enfermo como um companheiro na dor.

## III

Ama ao que sofre. Lembra-te de que "o princípio supremo da arte de curar é o amor. Tua ciência — um dia — não é tudo.

## IV

Protege o sôlo do mesmo modo como tratar um enfermo. A Sociedade também é um paciente que pede cuidados.

## V

Aprende a ver no enfermo uma unidade psicosomática. É mais o que se passa em sua mente do que o que acontece em seus órgãos. (A psicoterapia pode superar a droga). Cura-o se podes. Consola-o sempre.

## VI

Escuta com paciência o enfermo. Isto lhe inspirará a confiança de que tanto necessita.

## VII

Sê sempre discreto: Assim impedirás que tudo o que te confessem, vejas ou compreendas, seja conhecido por outros, salvo quando te exija a lei.

## VIII

Honra a teus mestres como honraste a teus pais e compartilha teto e mesa com a sua descendência. Aos discípulos, filhos de espírito, dá sempre a melhor de tuas lições: a retidão. Teus colegas, trata-os com lealdade e cortesia, como verdadeiros irmãos de profissão.

## IX

Respeita a vida e a pessoa humana; observa a mais rigorosa moral e sé digno. "Faz do viver não um mundo entristecido, mas uma fonte ou manancial de alegria e de agradecimento contínuo ao Criador.

## X

Sê, pois, para prestígio de tua nobre profissão e para benefício e gratidão de teus enfermos: bom, ilustrado, discreto, reto, otimista e digno.

## LITERATURA MÉDICA

## Livros recebidos

**Criminologia** — Leonídio Ribeiro — 1.º Vol. 1957. Volume de 650 páginas, dividido em 12 capítulos, em que o autor, com o seu longo tirocínio, e a autoridade que lhe conferem os seus mais altos títulos, no âmbito de sua atividade, analisa como mestre e especialista os diversos assuntos a que correspondem e que são, pela

ordem: I — Antropologia criminal; II Homossexualismo; III Aborto; IV Infanticídio; V Exercício ilegal da medicina; VI Tratamento arbitrário; VII Lesões corporais; VIII Prova de identidade; IX Dactiloscopia; X Identificação no Brasil; XI Patologia das impressões digitais; XII Responsabilidade.

**Ensaio e Perfis** — Leonídio Ribeiro — 1954. O autor fazendo uma pausa no percurso do caminho, para e medita. Relembra seus velhos mestres que contribuiram para a sua formação; seus amigos: figuras de projeção mundial; situações e experiências por que passou; situações que lhe impre-

miram indelével impressão. Entre-miada de saudade exprime a satisfação do dever cumprido. E' como diz, em seu prefácio: "O homem passa mas não desaparece o que deu de si, para o engrandecimento da humanidade".

## Separatas e folhetos recebidos

**Air-Borne fungi in Johannesburg** (The) A five-year survey as a basis for the study of fungus allergy in South Africa — David Ordman, and K. G. Etter. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 30, 3 novembro de 1956, pages 1054-1058.

**Akut-bedrohliche Erkrankungen im Bereich der Bauchhöhle (akutes Abdomen)**. R. Zenker-Marburg e H. Hamelmann. Sonderabdruck aus Langenbecks Archiv und Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 279 (1954). Sitzungsbericht der 71. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 21 — 24 April 1954.

**Allgemeine und spezielle Technik der wichtigsten Dickdarmoperationen** — von R. Zenker-Marburg. Sonderabdruck aus Langenbecks Archiv und Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 276 (1953). Sitzungsbericht der 70. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 7 — 11. April 1953.

**Benign pulmonary histoplasmosis (cave disease) in South Africa** — J. F. Murray, H. I. Lurie, J. Kaye, C. Komins? R. Rorok, and M. Way. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 31, 16 march 1957, pages 245-253.

**BZ 55 and D 860 in the treatment of diabetes Mellitus** — T. Schneider and W. M. Politzer — Reprinted from the South African Medical Journal,

Vol. 31, 16 February 1957, pages 142-146.

**Case of pityriasis rubra pilaris** — I. Targowsky, M. Rose and W. M. Politzer. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 31, 26 January 1957, pages 77-80.

**Climate Factor in Perennial respiratory allergy and its relation to house dust Sensitivity** — by David Ordman — Separatum dos Internacionais Archives of Allergy and Applied Immunology, oVI, 9, ns. 3-4, págs. 129-145, 1956.

**Congenital factor VII deficiency** — by H. B. W. Greig, H. C. Falcke, M. Simon and H. Cohen. Reprinted from Archives of Disease in Childhood, Vol. 31, n.º 158, agust 1956. London — Inglaterra.

**Correlation of serum-magnesium and serum-cholesterol levels in south African Bantu and European subjects** — Reprinted from The Lancet, May 18, 1957 pp 1020-1021. London — Inglaterra.

**Creatine excretion in diabetes mellitus** — W. M. Politzer and T. Schneider. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 30, 29 de December 1956, pages 1252-1253.

**Diagnóstico y tratamiento de la pericarditis callosa** — Dr. R. Zenker. Diretor da Clínica Quirúrgica de la Universidad de Marburgo-Lahn. (De El Dia Médico — Año XXIV, n.º 49) 1952. Buenos Aires — Argentina.



## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:  
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opióides
- ★ É particularmente útil nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampolas - de 1cm<sup>3</sup>, em caixas  
com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

# DOLCSONA

## A perfuração aguda da úlcera do estômago e do duodeno (\*)

Dr. JOÃO RIBEIRO VILLAÇA

(Diretor da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora)

A instalação dos Trabalhos do Inquérito Regional sóbre Perforação Aguda da Úlcera foi feita pelo Dr. Geraldo Siffert, Secretário Geral da Federação Brasileira de Gastroenterologia, o qual pronunciou as seguintes palavras:

“Antes de declarar abertos os trabalhos dêste Inquérito, em nome da Federação Brasileira de Gastroenterologia e da Sociedade Fluminense de Gastroenterologia e Nutrição, desincumbo-me da grata e honrosa tarefa das apresentações:

Para dirigir os trabalhos temos aqui, como Inquiridor, a conhecida e amada personalidade do Prof. Dr. João Ribeiro Villaça. Convocando-o para esta função, visou a F. B. G., como a S. F. G. N., render suas calorosas homenagens a um dos grandes cirurgiões brasileiros e, por seu intermédio à Escola Cirúrgica do querido e sempre lembrado Dr. Hermenegildo Villaça, escola que floresce e frutifica já na terceira geração; à Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, jovem mas já respeitada; às sociedades médicas de Juiz de Fora, aos colegas daquela próspera cidade; e à própria cidade de Juiz de Fora, modelo de amor ao trabalho, progressista, impávida e bela.

Contamos com a valiosa cooperação, nestes trabalhos que ora se iniciam, de:

- 1) Dr. Cícero Monteiro, Titular da Academia Nacional de Medicina e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Laureado pela Academia Nacional de Medicina e pela Academia de Medicina Militar, Chefe de Serviço do Pronto Socorro do Rio de Janeiro.
- 2) Prof. Dr. Edmundo Vasconcellos, Professor de Clínica Cirúrgica da Universidade de São Paulo, Presidente do Instituto de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, Membro da Academia Nacional de Medicina.

(\*) Relatório sóbre o inquérito promovido pela Sociedade Fluminense de Gastroenterologia em Petrópolis, 11 e 12 de maio de 1957.

- 3) Dr. Eurico Branco Ribeiro, Cirurgião Abdominal do Sanatório São Lucas, de São Paulo, Presidente da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, Cirurgião da Caixa dos Ferroviários de São Paulo.
- 4) Dr. Geraldo Venâncio, Presidente da Sociedade Fluminense de Gastroenterologia e Nutrição, do Serviço de Cirurgia de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia, de Campos, Cirurgião da CAPFESP.
- 5) Dr. Gilson Salomão, Assistente do Serviço de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Cirurgião do Pronto Socorro de Juiz de Fora.
- 6) Dr. Jairo Pombo do Amaral, Cirurgião do Pronto Socorro do Rio de Janeiro, Catedrático interino de Clínica Cirúrgica da Faculdade Fluminense de Medicina (Hospital Antônio Pedro).
- 7) Dr. Jayme Affonso de Souza, Cirurgião e diretor do Hospital de Cataguazes e Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Cataguazes, Delegado da Associação Médica de Minas Gerais junto à A. M. B.
- 8) Dr. Jorge Ferreira Machado, Chefe do Serviço de Cirurgia Geral de Homens, do Hospital Santa Teresa de Petrópolis; Presidente da Regional de Petrópolis do Colégio Internacional de Cirurgiões.
- 9) Dr. Mauricio Rocha, Chefe do Serviço de Raio X do Instituto de Cardiologia e Radiologista do Hospital Pronto Socorro do Rio de Janeiro. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
- 10) Prof. Dr. Ruy Ferreira Santos, Professor e Diretor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ex-chefe de Equipe do Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de São Paulo. Convidou o Prof. João Villaça a assumir os trabalhos".

#### RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO PRELIMINAR

**1.ª PREGUNTA:** *Em quantos casos de sua experiência ou da experiência dos que participaram de seu trabalho baseia-se o resultado apontado?*

A soma dos casos observados por todos os Membros da Comissão de Inquérito perfaz o total de 1.872 pacientes com perfuração de úlcera, assim distribuídos: Dr. Cícero Monteiro, 106 casos do Pronto Socorro do Rio de Janeiro, estudados e tratados sob sua direção. Prof. E. Vasconcellos, 913 casos observados nas três clínicas cirúrgicas

do Hospital das Clínicas de São Paulo; e 118 gastrectomizados em seu Serviço, com úlcera perfurada. Dr. Eurico Branco Ribeiro, 118 casos: perfuração progressa, 16; perfuração tamponada, 13; perfuração em peritônio livre, 79. Dr. Geraldo Venâncio, 14 casos, de Campos, dos quais 7 operados por ele mesmo. Dr. Gilson Salomão, 93 casos observados na Santa Casa de Misericórdia e em clínicas particulares de Juiz de Fora. Dr. Jairo Pombo do Amaral, Dr. Jayme Affonso de Souza, 46 casos, dos quais 11 observados por ele próprio; 15, do Dr. Lourenço de Azevedo, de Ubá; 9 do Dr. Vasco Lauro da Fonseca, de Carangola; 1, do Dr. Fernando Quintão, de Carangola; 10, do Dr. José Braz de Azevedo, de Pôrto Novo (tôdas cidades de Minas Gerais). Dr. Jorge Ferreira Machado, 41 casos, observados em Petrópolis, dos quais 26 pessoais. Dr. Maurício Rocha, 85 casos, dos quais 38 do Hospital Getúlio Vargas e 47 do Pronto Socorro do Rio de Janeiro (departamentos de radiologia). Prof. Ruy Ferreira Santos, os casos do Hospital de Clínicas de São Paulo, já mencionados acima.

**2.ª PREGUNTA:** *Que relação pode observar entre o fenômeno perfuração aguda da úlcera e os seguintes fatos: (A) Sexo do paciente, (B) Idade do paciente, (C) Localização da úlcera no trato duodenal, (D) Durante o uso de cortisona ou A.C.T.H., (E) As estações do ano, (F) o Fato de o paciente estar seguindo ou não a rotina de tratamento médico?*

**A) Sexo do paciente.** — Relatam os Membros da Comissão de Inquérito definida predominância dos indivíduos do sexo masculino: Dr. Cícero Monteiro, 98%; de homens; Prof. Vasconcellos, 94,3%; Dr. Jayme Affonso, 91%; Dr. Eurico Branco, 95%; Dr. Geraldo Venâncio, 100%; Dr. Gilson Salomão, 93%; Dr. Jorge Machado, 97%; Dr. Maurício Rocha, 98%. O Dr. Eurico Branco Ribeiro ressalta que nas mulheres encontrou 2 úlceras gástricas para 3 duodenais.

**B) Idade do paciente** — Dr. Cícero Monteiro: entre 16 e 30 anos, 38; entre 31 e 45 anos, 46; entre 46 e 60 anos, 22 casos. Prof. Vasconcellos: Idade mínima, 15 anos; máxima, 75; média 35,6 anos. Média de idade na úlcera gástrica, 40,9 anos; enquanto na úlcera duodenal era de 34,5 anos. Dr. Eurico Branco: entre 16 e 84 anos, distribuídos dentro das seguintes décadas: 2.º, 2,78%; 3.º 33,3%; 4.º 23%; 5.º, 18,5%; 6.º, 15,7%; 7.º, 3,7%; além dos 70 anos, 1,85%. Dr. Geraldo Venâncio, de 23 a 65 anos, com maior porcentagem entre 30 e 50 anos. Dr. Gilson Salomão, entre 9 e 74 anos, dentro da seguinte distribuição: Até 10 anos, 1; de 11 a 20 anos, 1; de 21 a 30 anos, 20; de 31 a 40 anos, 30; de 41 a 50 anos, 23; de 51 a 60 anos, 6; de 61 a 70 anos, 71 a 80 anos, 1. Dr. Jayme Affonso: 15 a 68 anos, assim divididos — menos de

15 anos, 1 caso; de 21 a 30, 5; de 31 a 40 anos, 4; de 41 a 50, 13; de 51 a 60, 8; de 61 a 68, 5. Nesta série não estão incluídos os 10 casos do Dr. Braz de Azevedo, os quais estavam compreendidos entre os 30 e 50 anos. Dr. Jorge Machado: entre 16 e 69 anos, assim distribuídos: 16-20: 4; 21-30: 12; 31-40: 10; 41-50: 6; 51-60: 5; 61-69: 4. Dr. Jairo Pombo, entre 16 e 76 anos, assim distribuídos: 0-15: 0; 16-30: 174; 31-45: 156; 46-60: 102; 61-76: 32. Prof. Ruy Ferreira Santos revela que na série de casos observados no Hospital de Clínicas de São Paulo havia uma criança de meses de idade, e 7 pacientes abaixo dos 12 anos; os demais pacientes estavam distribuídos da seguinte maneira: 15-20: 35 casos; 21-30: 192; 31-40: 118; 41-50: 96; 51-60: 44; 61-70: 15; 71-80: 7. Foi tirada a seguinte conclusão: A perfuração aguda da úlcera dá-se com maior freqüência entre os 30 e os 45 anos. A da úlcera gástrica, mais comum em torno dos 40 anos, enquanto a da úlcera duodenal, ao redor dos 34 anos.

**C) Localização da úlcera no tracto gastroduodenal (*Próximo do cardia, parte média da pequena curvatura, região antral ou pilórica, duodeno*).** — Os Membros da Comissão tiveram dificuldade de responder a este quesito por falta de uma nomenclatura anatômica padronizada. E fazem um apelo no sentido de que seja conseguida esta padronização. Dr. Cicero Monteiro: 92 vezes no duodeno e 14 vezes na pequena curvatura do estômago. Prof. Vasconcellos numa série de 925 casos: gástrica, 196; duodenal, 660; pilórica 57; bôca anastomótica, 12. Dr. Jairo Pombo: próximo do cardia, 0,6%; pequena curvatura, 12%; antró, 11,6%; justapilórica, 19,2%; duodeno, 38%; péptica, 4,5%; e não especificada, 13%. As localizações assinaladas pelo Dr. Eurico Branco foram as seguintes: duodeno, 92; estômago, 13; e jejuno, 3. Dr. Geraldo Venâncio relata 8 úlceras gástricas e 5 duodenais, havendo num caso perfuração simultânea de duas úlceras. Dr. Gilson Salomão: duodeno, 72; estômago, 19. Dr. Jayme Alfonso: 12 úlceras gástricas (4 na pequena curvatura e 8 no antró) e 34 úlceras duodenais. Dr. Jorge Machado: parte média da pequena curvatura, 6; antró do estômago, 19; duodeno, 16. O Prof. Ruy Ferreira Santos, numa série observada de 1944 a 1951: duodeno, 248; estômago, 51; não especificada, 3. No estômago havia a seguinte distribuição: pequena curvatura, 19; antró, 19; parede gástrica, 7; subcárdica, 6. Sobre êstes 302 casos de úlcera perfurada houve 24 (7,9%) com mais de uma úlcera, assim distribuídos: (a) Duas úlceras: uma perfurada duodenal e uma úlcera posterior penetrante — 13; uma perfurada duodenal mais uma úlcera gástrica — 5; uma perfurada gástrica mais uma úlcera duodenal, 1. (b) Três úlceras: 1 perfurada duodenal mais 2 gástricas — 1; 1 perfurada duodenal mais 1 gástrica mais 1 úlcera duodenal penetrante — 1 caso. (c) Úlceras múltiplas: 1 perfurada gástrica mais várias úlceras gástricas — 2 casos. No Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de São Paulo, de abril de 1944 a abril de 1951,

e de janeiro de 1951 a novembro de 1956, foram observados 2 casos de perfuração de dupla perfuração simultânea. São, portanto, em número de 3 os casos de perfuração simultânea de úlcera referidos neste Inquérito. A conclusão tirada foi a seguinte: A perfuração duodenal é mais freqüente que a perfuração gástrica na proporção de 4 para 1.

**D) Uso de cortisona ou A.C.T.H.** — O único Membro da Comissão a relatar casos em que o uso destas substâncias medicamentosas pudesse ser responsabilizado pela perfuração da úlcera foi o Prof. Vasconcellos, com 2 casos na série de 883 casos do Hospital das Clínicas de São Paulo: 1 criança e 1 adulto.

**E) As estações do ano.** — Dr. Cicero Monteiro considera haver, entre nós, pouca interferência das estações do ano; verão, 31; outono, 29; inverno, 20; e primavera, 26. O Prof. Vasconcellos, numa série de 508 casos, encontrou ligeiro aumento da freqüência no outono e na primavera. O Dr. Eurico Branco assinala a maioria de seus casos (47%) entre julho e outubro. Dr. Geraldo Venâncio: 6 casos no inverno, 7 no outono e 1 na primavera. Dr. Gilson Salomão: maio, o mês de maior incidência; outono, a estação com maior número de casos. Dr. Jairo Pombo: verão, 106 casos; outono, 118; inverno, 103; e primavera, 137. Dr. Jayme Alfonso: verão, 15 casos; outono, 10; inverno, 12; primavera, 9. Dr. Jorge Ferreira Machado observou a seguinte incidência: setembro-outubro-novembro, 12 casos; dezembro-janeiro-fevereiro, 12; março-abril-maio, 8; junho-julho-agosto, 9. O Prof. Ruy Ferreira Santos comenta que os dados não permitem conclusão segura. Na conclusão, ficou admitido haver certa predominância da perfuração nos meses de abril e maio e setembro-outubro.

**F) O fato do paciente estar seguindo ou não a rotina de tratamento médico.** — O Dr. Cicero Monteiro assinala que o tratamento médico bem dirigido contribui para a menor freqüência da perfuração. O Prof. Vasconcellos salienta que os pacientes do Hospital das Clínicas de São Paulo não estavam seguindo tratamento algum ou o faziam de maneira muito imperfeita. O Dr. Eurico Branco Ribeiro acha que o fator mais importante seja o psíquico as preocupações e as emoções violentas favorecem a perfuração. O Dr. Geraldo Venâncio assinala que nenhum paciente estava seguindo tratamento médico, e num deles a perfuração foi a primeira manifestação da úlcera. O Dr. Gilson Salomão não tem base para responder. O Dr. Jairo Pombo assinala que 55% dos pacientes de sua estatística não especificam se seguiam ou não plano de tratamento; 27% não seguiam tratamento, enquanto 17% estavam seguindo um programa de tratamento. A perfuração, como primeiro sintoma da úlcera, foi assimilada em 37,5% dos casos. O Dr. Jayme Alfonso assinala que os casos de que tem conhecimento não estavam

segundo os planos de tratamento. O Dr. Jorge Ferreira Machado informa que sómente 5 pacientes informaram estar sob tratamento por ocasião da perfuração. O Prof. Ruy Santos ressalta que os médicos não costumam perguntar sobre tratamentos anteriores; em 508 casos, havia um grupo de 10,8% no qual a perfuração foi o primeiro episódio. Conclusão: Durante o período de tratamento a perfuração é rara. Os indivíduos que não seguem tratamento médico são mais sujeitos a perfuração. Merece ser estudada a perfuração como primeiro sintoma da úlcera.

*3.<sup>a</sup> PREGUNTA: Em que proporção tem observado recidiva da perfuração? Supõe que exista algum fator que a favoreça?*

O Dr. Cicero Monteiro sómente assinalou 2 recidivas em 106 casos; acha que o fator predisponente à repetição do acidente seja a permanência dos mesmos fatores que determinaram a primeira. O Prof. Vasconcellos encontrou 2 casos de recidiva de perfuração numa série de 508 casos. Atribui a reperfuração à presença de outras úlceras concomitantes, nas mesmas condições que levaram à primeira perfuração, e a causas gerais e locais. Já o Dr. Eurico Branco Ribeiro nunca observou recidiva. O Dr. Geraldo Venâncio não apresentou casos de recidiva. O Dr. Gilson Salomão relatou 1 recidiva em 58 casos; considerou a hipótese da hipoproteinemia. O Dr. Jairo Pombo apresentou um caso de recidiva comprovado; e 1 duvidoso. O Dr. Jayme Alfonso não encontrou recidiva em nenhum dos 46 casos. O Dr. Jorge Machado refere-se a 1 caso, baseado na informação do paciente; crê ser fator predisponente o fato de o indivíduo voltar às mesmas condições de vida que havia condicionado a primeira perfuração. O Prof. Ruy Santos dá notícia de 2 casos de recidiva, respectivamente com 4 meses e 30 dias. Conclusão: Parece que as reperfurações são raras. Por falta de registro preciso sobre este tópico, não podem os presentes chegar a conclusão definitiva.

*4.<sup>a</sup> PREGUNTA: Quais os sintomas e sinais físicos mais comuns da perfuração aguda da úlcera?*

Para o Dr. Cicero Monteiro: dor epigástrica, súbita, irradiando-se para a espádua ou para o dorso; vômitos, em 60% dos casos; choque em 40%. A rigidez, inicialmente localizada no abdome superior e depois generalizada, é um dos dados mais expressivos. Segundo o Prof. Vasconcellos: Dor, 99,4%; vômitos, 49,8%; contratura, 93%; distensão abdominal, 26,4%; lipotimia (pré-choque?), 17,5%. De 449 paciente, 445 se referiam a passado gastro-duodenal. De acordo com o Dr. Eurico Branco Ribeiro: Dor de punhalada e contratura abdominal. Para o Dr. Geraldo Venâncio: Dor epigástrica com irradiação para a espádua e o dorso; contratura abdominal;

desaparecimento da massicez hepática. Segundo o Dr. Gilson Salomão: Dor, vômitos, contratura da parede abdominal; uma vez encontrou paciente com hematémese. O Dr. Jairo Pombo especifica: Dor, vômitos, contratura da parede abdominal; uma vez encontrou paciente com hematémese. O Dr. Jairo Pombo especifica: Dor súbita epigástrica, 95%; Contratura, 88,3%; choque, 73%; vômitos 4,5%, nos casos de úlcera gástrica e 37,5% nos de úlcera duodenal; sinal de Jobert, 55,3%. O Dr. Jayme Alfonso ressalta a dor epigástrica, aguda; O Dr. Jorge Machado consigna: dor epigástrica, 97%; defesa abdominal, 35 casos; timpanismo no hipocôndrio direito, 12 casos; choque, 21 casos; reflexo do frênico, 10 casos; azia durante a crise, 7 casos; paresia intestinal, freqüente. O Dr. Maurício Rocha comenta que os sintomas não podem ser registrados sem uma observação melhor do paciente em relação ao tempo em que ele é examinado. O Prof. Ruy Santos especifica: Dor súbita pungitiva do epigástrico, com irradiação mais para a fossa ilíaca direita e generalização mais tarde; vômitos, em 40% dos casos; contratura. A distensão abdominal se dá em fase avançada, já em peritonite evolutiva. Sobre os dados lipotimia e choque, tem a discriminar: O primeiro dado é anamnéstico ("Teve a dor e desmaiou"). Não confundir com estado de colapso circulatório — choque. O choque é raro, a não ser em peritonite avançada. Sinal de Jobert, 43% dos casos em 1951, sinal de Jobert — 62%; (justifica a diminuição da percentagem em virtude de a percuassão ter cedido lugar ao exame radiológico).

Conclusão: Fenômeno subjetivo — dor epigástrica, súbita e forte. Fenômeno objetivo, contratura abdominal. Nos casos tamponados, a contratura é localizada.

**5.<sup>a</sup> PERGUNTA: Quais os dados mais seguros de perfuração da úlcera fornecidos pelo exame radiológico?**

Dr. Maurício Rocha. — Todos concordaram ser a evidência de pneumoperitônio o sinal radiológico mais seguro de perfuração. Em ordem de importância, na eventualidade de um pneumoperitônio subfrênico negativo, foram apontados: a) O sinal sub-hepático de Knutsson. b) O triângulo claro intergastrocólico. c) Sinais de peritonite. d) Sinais de perfuração na pequena cavidade. e) Sinais de perfuração retroperitoneal. O Dr. Maurício Rocha relata investigação feita em pacientes com ventre em tábuas, observados entre 3 e 6 horas, em que a dinâmica frênica se mostrou conservada em número significante alto para sugerir seja este sinal fortemente presuntivo de perfuração. O Prof. Ruy F. Santos acrescenta que, em casos observados de pancreatite aguda, a cinemática frênica estava francamente diminuída à esquerda. O Dr. Maurício Rocha registrou, nos casos de pneumoperitônio positivo, a localização bilateral em 64% dos casos, a localização à esquerda em 27% dos casos

e à direita em 8%. Chama atenção para a positividade do pneumoperitônio em todos os casos atendidos tarde (acima de 7 horas), sendo os casos atendidos antes de 3 horas, pela técnica usual, via de regra, negativos. Um controle tardio destes mesmos casos havia evidenciado pneumoperitônio. Nos casos por ele atendidos, registrou o Dr. Maurício Rocha 82,3% de positividade. Chamando atenção para a maior acuidade diagnóstica de uma técnica mais apurada e considerando a espera absolutamente contra-indicada, sugere: 1) Que a investigação se faça o mais rapidamente possível, de preferência sob controle fluoroscópico. 2) Que a pesquisa do pneumoperitônio seja feita, de preferência, em decúbito esquerdo, com raio incidente horizontalmente posto — técnica considerada de maior eficiência que a em ortostatismo. 3) Em caso de negatividade, que seja o paciente reexaminado, após o esvaziamento gástrico por sonda — recurso considerado o mais seguro para propiciar a saída do conteúdo aéreo do estômago para o peritônio. 4) A negatividade do pneumoperitônio, apesar destas manobras: a) não pode invalidar a suspeita clínica de perfuração; b) exige do radiologista uma rotina mais completa, sem contraste, para o despistamento diagnóstico da colecistite e da pancreatite aguda; c) o uso parcimonioso do contraste, nestes casos, foi considerado de grande valia, sem maiores inconvenientes, na eventualidade de perfuração gastroduodenal.

**6.<sup>a</sup> PREGUNTA:** *Que condições patológicas se prestam mais a confusão com a perfuração aguda da úlcera (apendicite aguda, pancreatite aguda, colecistite aguda, obstrução intestinal, crises gástricas da tabes, trombose coronária, etc.)?*

O Prof. Vasconcellos relata que numa série de 508 casos diagnosticados como perfuração aguda de úlcera, 27 (5,3%) não a apresentavam; eram casos de apendicite aguda (15), abdome agudo (2), colecistite aguda (3), obstrução intestinal (2), câncer do estômago perfurado (2), pancreatite aguda (1), úlcera hemorrágica (1) e obstrução pilórica (1). Explica terem sido os diagnósticos feitos por médicos ainda não muito habilitados, e que a incidência de erros diminui à proporção que os médicos da equipe vão se aperfeiçoando. O Dr. Eurico Branco Ribeiro refere ser a apendicite aguda a condição que mais se presta a confusão com perfuração aguda de úlcera; apresenta também um caso de empiema da vesícula biliar e outro de pneumotórax espontâneo (este logo descoberto por exame radiológico) os quais haviam recebido diagnóstico de úlcera perfurada. Dos 14 casos do Dr. Geraldo Venâncio, dois haviam recebido o diagnóstico de apendicite aguda e 1, de abdome agudo. Para o Dr. Gilson Salomão as condições que se prestam mais a confusão são apendicite aguda, pancreatite e perfuração da vesícula biliar. O Dr. Jairo Pombo refere que em sua série de casos nunca teve uma laparotomia em branco. Sempre nos casos com passado gástrico

o diagnóstico estava certo; sómente em 3% dos casos houve erro diagnóstico: apendicite aguda, 0,8%; pancreatite aguda, 0,5%; cole-cistite aguda, 1,7%. O Dr. Jayme Affonso refere casos de úlcera perfurada que haviam recebido diagnóstico de apendicite aguda (1), pancreatite aguda (1) e perfuração de vesícula calculosa (1). Dr. Jorge Machado refere 1 caso diagnosticado como apendicite aguda mas que era perfuração aguda de úlcera.

Conclusão: A condição patológica que mais se presta a confusão com perfuração aguda de úlcera é a apendicite aguda.

**7.ª PREGUNTA:** *Como e com que indicações e resultados foram tratados os casos que relata: I. Tratamento clínico, abstencionista, não cirúrgico (aspiração gástrica, reposição hidrosalino-protéica, antibióticos e sedativos, etc.). II. Sutura simples da perfuração. III. Sutura da perfuração mais gastrojejunostomia. IV. Sutura da perfuração mais vagotomia gastrectomia sub-total imediata?*

O Dr. Cícero Monteiro faz a gastrectomia imediata, sempre que possível. É contra o tratamento abstencionista, não cirúrgico. Dos 17 casos tratados por sutura simples da perfuração, 3 faleceram. Não faz sutura mais gastrojejunostomia e nem sutura mais vagotomia. Em 89 casos fez gastrectomia imediata, com apenas 1 óbito. O Prof. Edmundo Vasconcellos diz não ter experiência com o tratamento clínico, abstencionista. Prefere a gastrectomia a Reichel-Polya transmesocólica, de alça curta. A mortalidade na série de 1985 casos que apresentou foi de 3,6% uma das mais baixas do mundo. Refere-se a uma série de casos de sutura com maior mortalidade que a observada nos casos gastrectomizados, explicando o fato por ser a sutura feita, em geral, em pacientes já em mau estado. É contrário ao uso da técnica de Billroth I. Acha que a gastrojejunostomia (após sutura) não tem indicação. Não tem experiência de sutura mais vagotomia, pois é contrário a esta indicação. O Dr. Eurico Branco Ribeiro não tem experiência com o tratamento clínico abstencionista, o qual sómente teria indicação em localidades desprovidas de instalações cirúrgicas. Opina pela gastrectomia, sempre que possível. Assim também pensa o Dr. Geraldo Venâncio. O Dr. Gilson Salomão ressalta os perigos da execução de uma gastrectomia em condições precárias. Em 50% dos casos fez sutura e epiploplastia. Pessíma a experiência com tratamento clínico abstencionista: 7 casos e 7 mortes. Não tem experiência com vagotomia. No momento inclina-se para a gastrectomia, desde que as condições do paciente sejam satisfatórias. O Dr. Jairo Pombo do Amaral apresenta 460 casos de úlcera perfurada tratados: em 80,3% foi feita a sutura simples. O tratamento clínico é usado como tratamento prévio, enquanto se aguarda a melhora do paciente para o ato cirúrgico. Defende a simples sutura pelas facilidades técnicas e pelos ótimos

resultados. Não tem experiência da vagotomia e da anastomose gastrojejunal. A gastrectomia parcial é a técnica ideal do momento, mas em ambiente de alto padrão. Ressalta o perigo de recomendar-se esta média a cirurgiões menos experientes e em ambiente mal aparelhado. O Dr. Jayme Affonso concorda com a gastrectomia, deixando a sutura para os casos em que as condições do doente não permitam a indicação da primeira. O Dr. Jorge Machado em 90% dos casos realizou sutura mais epiplastia. Refere-se a 3 casos de gastrectomia curados. Não tem experiência com tratamento clínico, o qual deve ser realizado apenas como preparo para a cirurgia. Recomenda o controle periódico dos doentes que foram tratados com sutura. O Prof. Ruy Ferreira Santos preconiza o tratamento clínico nos casos de grande risco. Condena a vagotomia. Ressalta, como contraindicação da sutura, o fato de haver possibilidade de perfurações simultâneas. Concorda com a indicação da gastrectomia a Reichel-Polya. Manifesta-se contra a entubação pós-gastrectomia, só a usando nos casos de vômitos repetidos ou de ileus adinâmico. Sómente drena os casos com abcessos na cavidade peritoneal.

Conclusão: A operação ideal é a que cura o episódio e a úlcera: a gastrectomia. A sutura deve ser empregada conforme as condições do doente e os recursos do meio cirúrgico. O tratamento clínico abstencionista não recebeu apoio. A vagotomia e a gastrojejunostomia, após sutura, também não receberam apoio.

Medicação coadjuvante  
na dietética do emagrecimento

**ANTIOBESINA**

*Fórmula por comprimido de 0,47 g:*

Sulfato dexedrina .....	0,00250 g
Reserpina .....	0,00005 g
DL-Metionina .....	0,40000 g

★

VIDROS COM 40 COMPRIMIDOS

★

**LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S/A.**

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171  
SÃO PAULO — BRASIL

**Climax**

# **Thiaminose**

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÓRIO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAL  
AFLECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:  
Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

# Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO  
**Don BAXTER**

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

## VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em água destilada.

Soluto de Glucosio a 5% com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP.

Soluto de Glucosio Isotônico com 10% de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucosio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%.

Solutos de Glucosio em água destilada a 5% e 10%.

*Em frasco de 500 e 1000 cm<sup>3</sup>*

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio  
(Solução de Darrow).

*Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>*

### *Material para instalação de Bancos de Sangue:*

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado)



# Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818  
Caixa Postal 3.705 — Enderéço Telegráfico: "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.  
Enderéço Telegráfico: "BAXTER"

# INSTITUTO RADIOLÓGICO “CABELLO CAMPOS”

## Radiodiagnóstico e Radioterapia

*Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS*

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655  
SÃO PAULO

# NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPEUTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sózinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

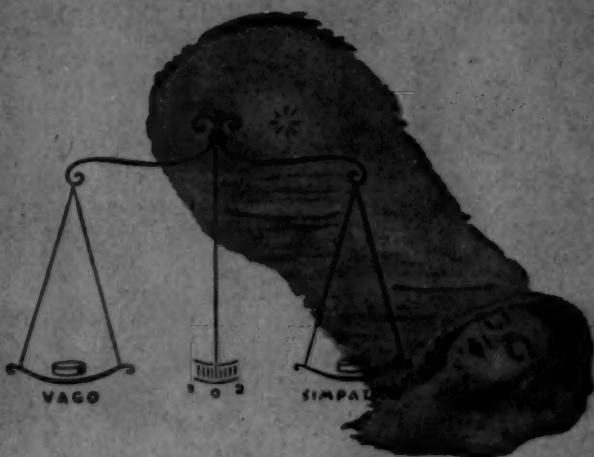


**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

DISTONEX 

para o



Equilíbrio vago-simpático

♦♦♦

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 35-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A. imprimiu.